

## NUANÇAS E CONTROVÉRSIAS DO APOIO RELIGIOSO A DEPENDENTES QUÍMICOS

*André Ricardo de Souza<sup>1</sup>*

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

**Resumo:** O mundo contemporâneo enfrenta o sério problema do consumo abusivo de substâncias psicoativas (SPAs), algo traduzido sobremaneira no narcotráfico e na corrupção, tanto em âmbito político, quanto policial. Isso ocorre atualmente, muito embora a utilização de substâncias narcóticas não seja novidade para os seres humanos em geral. Os indivíduos sempre utilizaram produtos que permitissem formas alternativas de alteração da consciência, havendo vários relatos na literatura universal. A questão do uso de substâncias alteradoras da consciência tem importância para uma compreensão sociológica do mundo contemporâneo, dada a dramaticidade com que isso afeta as relações sociais, com implicações políticas e jurídicas. Para o enfrentamento desse problema, tem havido o desenvolvimento de métodos e alternativas de tratamento e atenção a pessoas com dependência química e psicológica, algo que envolve concepções sobre a condição humana e o controverso conceito de normalidade. Debate-se atualmente a questão da dependência química como um problema social, abrangendo formas de atenção e atendimento oferecidos no Brasil, notadamente os tratamentos em iniciativas como as religiosas comunidades terapêuticas, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) terapêuticas, o Programa Braços Abertos, da Prefeitura Municipal São Paulo e demais políticas públicas voltadas para essa realidade. Nesse texto, enfocamos o trabalho feito pelas religiosas comunidades terapêuticas, majoritariamente evangélicas pentecostais, abordando o serviço prestado por elas de apoio aos dependentes e suas famílias e também a controvérsia em torno do proselitismo envolvido em tal atividade.

1771

**Palavras-chave:** Comunidades terapêuticas, Políticas públicas, Pentecostalismo

### Introdução

A utilização de substâncias psicoativas ou SPAs<sup>i</sup> não é uma característica do mundo moderno apenas a busca por estados alterados de consciência é talvez tão antiga quanto a existência do ser humano, sempre lidando com inquietações próprias de uma condição emocional de desamparo. Enquanto em tempos passados, a utilização de SPAs era ligada basicamente à ritualística religiosa dos povos<sup>ii</sup>, no século XX, em especial a partir do final da

---

1 Professor adjunto do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar.

2 Mestre e doutorando em educação pela UFSCar.

Segunda Grande Guerra (1939-1945), ganhou caráter recreativo e também identificatório de grupos sociais, como os *beatniks*, na década de 1950 e os *hippies* e os *tropicalistas* brasileiros nos anos 1960 e 70. O consumo acabou se massificando globalmente de modo a tornar as SPAs um sério problema, não só de saúde pública, com grandes implicações sociais.

Neste contexto, há novos elementos com características acentuadas que exigem um olhar sociológico mais apurado. Por exemplo, o tráfico que se “institucionalizou” enquanto meio de exploração econômica altamente lucrativa com o acúmulo de fortunas, levando a graves problemas sociais via redes de corrupção nos meios políticos, judiciais e policiais de graves proporções sociais.

Além disso, em função do uso e abuso de SPAs, surgiu também toda uma economia dos “planos de tratamento” que se desenvolvem as margens do acompanhamento estatal, substituindo funções do Estado em relação à saúde pública e paralelamente, em muitos casos, servindo ao proselitismo religioso inserido nos “programas de reabilitação” com o uso de verbas e incentivos públicos. O que fere o princípio de laicidade do Estado brasileiro. Nessa perspectiva, houve deliberadamente associação entre adesão religiosa ou conversão e enfrentamento da dependência química, algo feito, muitas vezes, mediante investimento de recursos públicos.

Em termos da relação entre Estado e religião no Brasil, concernente à grande maioria das comunidades terapêuticas em funcionamento, vale mencionar alguns acontecimentos relativamente recentes e relevantes. Em 2007, por ocasião da visita ao país do então papa Bento XVI, foi divulgada a existência de uma negociação entre o governo brasileiro e o Vaticano, por iniciativa deste. No ano seguinte, foi assinado em Roma, vindo a tramitar no Congresso Nacional em 2009 e sancionado em 2010 pelo presidente Lula o “Acordo entre a República Federativa do Brasil e a Santa Sé relativo ao Estatuto Jurídico da Igreja Católica no Brasil”. O documento de vinte artigos trata de assuntos diversos. Também chamado de concordata, esse acordo significou basicamente, por um lado, o reconhecimento jurídico do espaço próprio das entidades eclesásticas no país; e por outro, a ampla permissão para a atividade católica em outros domínios sociais, além da religião propriamente dita.

Em consequência do acordo Brasil-Vaticano houve reação e mobilização política dos evangélicos que culminou na apresentação pelo deputado federal George Hilton, membro da Igreja Universal do Reino de Deus e do PP (Partido Progressista) de Minas Gerais, de um do projeto de lei com as mesmas prerrogativas da concordata católica, porém voltada às demais vertentes religiosas, sendo batizado de “Lei Geral das Religiões”. Grosso modo, o texto copia os vinte artigos do acordo brasileiro com o Vaticano, apenas substituindo a expressão católica

por “todas as confissões religiosas”. Em decorrência de negociação entre parlamentares, tal projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados em 26 de agosto de 2009, na mesma sessão em que, antes, a concordata católica foi aceita. A aprovação desse projeto de lei (PL 160, de 2009) acarretou manifestações contrárias da parte de líderes católicos e também de jornalistas em matérias publicadas, lembrando o uso polêmico que determinadas denominações evangélicas, sobretudo neopentecostais, fazem de benefícios legais, facilitando o enriquecimento de seus líderes (GIUMBELLI, 2011).

De volta ao universo específico do narcotráfico e da dependência química propriamente dita, temos que destacar a questão do imenso negócio chamado narcotráfico<sup>iii</sup> (COGGIOLA, 1996) e seus consequentes resultados no plano da corrupção política e policial, algo que não é discutido neste artigo.

O segundo, que é a questão das alternativas de enfrentamento ao abuso dos SPAs, será tratado neste texto. Para tanto, será apresentada uma seção inicial mais alongada sobre o fenômeno das comunidades terapêuticas, (CTs). Na segunda, se discorrerá sobre os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), do Ministério da Saúde e também sobre o Programa De Braços Aberto desenvolvido pela Prefeitura Municipal de São Paulo.

CTs, CAPS-AD e PBA são propostos como alternativas para os usuários de SPAs superarem o quadro de dependência e suas danosas consequências. Mas partem de perspectivas distintas. As CTs prescrevem e praticam a internação, muitas vezes com caráter de involuntariedade, como forma de estímulo e manutenção do quadro de abstinência. Nesta perspectiva, é prescrita desde o início do tratamento a abstinência total que é algo a ser mantido permanentemente. Em outro sentido, a política desenvolvida pelo CAPS-AD e pelo Programa De Braços Abertos, investe em uma perspectiva menos invasiva e baseada na política da redução de danos, admitindo inclusive que eventuais recaídas são parte do processo.

Buscamos compreender as CTs em uma perspectiva sociológica com ênfase no processo de convivência entre indivíduos em uma suposta “igualdade” referente ao problema comum: o consumo das SPAs. Assim, se trata de entender como são criadas e legitimadas as condições de abstinência consciente por parte dos usuários de SPAs e que é o resultado desejado tanto pelas CTs quanto pelo CAPS-AD e o Programa De Braços Abertos.

Por fim, na quarta seção são feitas algumas considerações a partir de vivências, estudos e reflexões, procurando contribuir, tanto quanto possível, com o debate sobre este fenômeno social, complexo e relevante.

### As comunidades terapêuticas no Ocidente

As CTs não possuem um formato único de atuação, havendo diferentes abordagens utilizadas. Fracasso (2002) aponta uma organização religiosa conhecida como Grupo Oxford, inicialmente chamada de *First Century Christian Fellowship*, ou Associação Cristã do I Século, dirigida pelo ministro luterano Frank Buchman (1878-1961) e que desenvolvia uma tentativa de reviver a simplicidade do cristianismo do início do século XX, como um dos primeiros exemplos de convivência entre indivíduos que enfrentavam problemas semelhantes e possuíam valores em comum. A pretensão deste grupo, posteriormente denominado *moral rearmement*, era viver o cristianismo nos moldes daquilo que eles supunham ser a “essência” cristã conforme um modelo comunitário, anterior à institucionalização do cristianismo pelo Império Romano (OBID, 2010). Em linhas gerais, a comunidade cristã primitiva se caracterizava pelo cuidado e atenção entre seus membros. Havia entre os confrades uma divisão, tanto do alimento, quanto das responsabilidades com a comunidade e também, principalmente, em relação aos problemas e dificuldades vivenciadas pelos indivíduos.

Em 1959 Chuck Dederich (1913-1997) fundou a comunidade *Synanon* na Califórnia que é considerada por Fracasso (2002) como a primeira comunidade terapêutica na segunda metade do século vinte. Posteriormente, em 1963, foi fundada a Daytop Village pelo católico monsenhor Willian O'Brien e por David A. Deitch, professor emérito de psiquiatria clínica da Universidade da Califórnia em São Diego. Em ambos os modelos, havia forte ênfase na mútua ajuda, na crença de que a possibilidade/capacidade de mudança e recuperação está nos indivíduos, e também que relacionamento entre sujeitos em situação similar, pode ter caráter terapêutico e isso ajuda a manutenção de quadros de abstinência e sobriedade. O programa da Daytop Village tinha vínculo com a Igreja Católica nos EUA, inclusive pelo fato de um de seus fundadores, O'Brien ser sacerdote. Possuía articulação maior, na medida em que envolvia, não apenas ex-usuários, mas também lideranças políticas, religiosas e membros da sociedade em geral.

Em uma perspectiva mais voltada à religião, teve destaque o trabalho do evangelista David Wilkerson (1931-2011), autor de um livro que ganhou notoriedade no trato entre religião, dependência química e marginalidade, intitulado: *A cruz e o punhal*, em que narrou a biografia de Nick Cruz<sup>iv</sup> (1938). Wilkerson desenvolveu um importante trabalho de rua nos subúrbios de Nova Iorque, com indivíduos marginalizados e dependentes de SPAs a partir de 1958<sup>v</sup>.

É importante enfatizar também os trabalhos considerados revolucionários do psiquiatra Sul-Africano Maxwell Jones (1907-1990) na Inglaterra com ex-combatentes da

Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a quem se atribui a consagração do termo “comunidade terapêutica” (QUEIROZ, 2001). Jones estimulou o protagonismo dos pacientes nos tratamentos, característica essa que é cara a todos as CTs.

Em Portugal e na Itália, entre as décadas de 1960 e 70, trabalhos com as comunidades terapêuticas produziram resultados significativos, estimulando a participação ativa dos usuários, na superação do quadro de uso e abuso de SPAs.

Mas é preciso trazer esta reflexão para o contexto brasileiro, pois aqui a questão assumiu outros “ares”, como se verá a seguir.

### **CTs no Brasil**

No Brasil, a primeira CT que atendeu exclusivamente a dependente de substâncias psicoativas foi o Movimento Jovens Livres, na cidade de Goiânia-GO. Fundada em 1968, por uma missionária presbiteriana chamada Ana Maria Brasil (CHAVES, 2007). Posteriormente, em 1978, um padre texano, o jesuíta Haroldo Rham fundou a comunidade Terapêutica Senhor Jesus<sup>vi</sup>. No ano de 1990 o padre Haroldo formalizou a articulação de sua e outras CTs com o nome de Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), entidade que em parceria com Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desenvolveu a regulamentação mínima necessária para o funcionamento das CTs no Brasil.

A primeira regulamentação específica das CTs foi a Resolução 101/2001 (RDC-101/2001) que, posteriormente, veio a ser revogada e substituída pela Resolução 29/2011 (RDC 29/2011). A substituição da RDC-101/01 pela RDC-29/11 se tornou alvo de críticas, pelo fato de ter propiciado maiores facilidades e menos exigências para as CTs funcionarem, e isso em detrimento da qualidade dos serviços prestados aos usuários de SPAs.

Entre as décadas de 1970 e 90 houve um crescimento, tanto acentuado quanto desordenado desse tipo de alternativa para o enfrentamento de problemas decorrentes do crescimento do número de indivíduos dependentes de SPAs.

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, o OBID<sup>vii</sup>, é oferecido um número de vagas para tratamento por meio de convênio entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério de Justiça e as CTs privadas. Sobre as vagas, os dados do OBID indicam: 5.071 vagas para adultos (532 para mulheres e 4.539 para homens); 331 vagas adolescentes (98 vagas para mulheres e 233 para homens). Além disso, são também disponibilizadas 57 vagas para mulheres que são mães. O que totaliza um montante de 6.089 vagas por meio deste convênio.

Os dados levantados apontam alguns problemas bastante sérios, que passamos a elencar.

Primeiramente, há uma preocupante questão de gênero: enquanto os homens têm acesso a 5.402 vagas (88,17%), para as mulheres são oferecidas somente 687 vagas (11,28%). Isso é inquietante, já que há um grave aumento de mulheres usuárias de SPAs<sup>viii</sup>.

Nesta perspectiva, considerando o fato de que o número de usuários de SPAs é grande no país, segundo dados do próprio OBID em pesquisas realizadas entre 2005 e 2006, respectivamente: a) I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001), e II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005), ambas realizadas mediante parceria entre o SENAD e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) como unidade executora da pesquisa e b) 1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira (2006), realizado em parceria entre o SENAD e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), tendo como executora a Unidade de Pesquisa em Alcool e Drogas (UNIAD), as vagas oferecidas são ínfimas diante da realidade nacional e, da mesma forma, privilegiam homens em detrimento das mulheres. Estas vagas são disponibilizadas entre todas as unidades federativas, mas também as pesquisas apontam que a situação é bastante dispar de maneira que esta política que privilegia atendimento masculino não é condizente com as lutas por igualdade de direitos. Além disso, entre a primeira pesquisa em 2001 e a segunda em 2005, há demonstração inequívoca do aumento de número de dependentes de SPAs, logo, já é tempo de rever estas políticas.

No que se refere aos tratamentos, é interessante verificar que não se tem muitos dados sobre as comunidades terapêuticas. E este é um tema importante, na medida em que o funcionamento dessas unidades de atenção não pode ser visto distanciado da realidade das relações políticas, sociais, econômicas e religiosas. Nesse sentido, a constituição das relações humanas em todos os âmbitos da sociedade brasileira se caracterizou por um forte elemento centralizador e autoritário, com especial atenção às hierarquias. Para o que também contribuíram os diversos elementos da visão de mundo pré-moderna baseada na religião e caracterizada por conceitos como honra e obediência devida à autoridade, etc. Esta concepção formativa do Brasil se reflete na forma de relacionamento desenvolvido nas comunidades terapêuticas.

Há no estado de São Paulo uma Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas (FETEB), criada em 24 de agosto de 1998<sup>ix</sup>, com 110 comunidades filiadas. Já a FEBRACT<sup>x</sup> é primordialmente ligada à Igreja Católica e têm em seu quadro de filiadas 31 comunidades terapêuticas, havendo entre elas também algumas evangélicas. No OBID<sup>xi</sup>, foram encontradas

182 CTs, entre as quais, algumas estão ligadas à FETEB e à FEBRACT. Estes dados dizem respeito a uma parte da realidade, já que inúmeras CTs não se associam a federações em nome sua própria autonomia. Além disso, deve se considerar que um significativo número de CTs não se cadastra no OBID e nem nas federações por não atender as exigências constantes da Resolução 29/2011<sup>xii</sup> (RDC 29/2011) da ANVISA. Anteriormente, havia a Resolução 101/2001<sup>xiii</sup> da ANVISA (RDC 101/2001) que tinha exigências mais “incômodas” para as CTs, o que estabelecia a necessidade de melhor qualidade e responsabilização no atendimento e prestação de serviços aos usuários de SPAs. Como não houve adequação às exigências da RDC 101/2001, o governo federal relaxou as exigências, em benefício das CTs. Mas esta decisão acabou expondo os usuários de SPAs e também suas famílias, a maiores riscos já que a RDC 29/2011 é muito mais branda em relação às exigências mínimas para funcionamento das CTs.

Uma crítica a essa medida de relaxamento das exigências aparece com clareza na questão das internações involuntárias que são utilizadas desde 2013, quando ocorreu um processo de higienização da região conhecida como Cracolândia, no centro da cidade de São Paulo. Internações involuntárias com as quais não concordam boa parte dos profissionais da área da saúde e também de outras áreas. Nesse sentido, o presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED), por meio do instrumento de Consulta 49.917/2013, dirigiu-se ao Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo (CREMESP)<sup>xiv</sup>, para pedir parecer sobre as internações involuntárias. O posicionamento do CREMESP foi contrário à medida por considerá-la um retrocesso no atendimento de problemas de saúde mental.

O CREMESP apontou que existem no Brasil aproximadamente 3.000 comunidades terapêuticas (no ano de 2013), com um grande número destas que não é filiada a nenhuma Federação e nem ao OBID, inclusive por não atender às exigências da citada RDC 101/2001. Nesta perspectiva, ao reduzir as exigências por meio da RDC 29/2011, o prejuízo seria transferido para os necessitados deste tipo de atenção/atendimento. E, para piorar, as internações involuntárias são um retorno ao modelo psiquiátrico invasivo, além de ser uma espécie aprisionamento sem o devido processo legal.

São também citadas pelo CREMESP denúncias, que foram tornadas públicas na internet, por vítimas dos tratamentos, destacando casos de maus tratos, encarceramento e até óbito de usuário de SPAs no interior de CTs no estado de São Paulo.

As considerações de ordem crítica acima apresentadas parecem indicar a existência de CTs prescrita (dever-ser) e CTs descritas (o que são de fato). As considerações apresentadas inscrevem-se na definição descritiva. As que vêm a seguir são de natureza prescritiva.

Para organizar a exposição que se fará a seguir, é preciso separar a comunidade terapêutica em duas partes. Na primeira, será repassada literatura que embasa este modelo de atendimento aos dependentes de SPAs, com especial destaque para os trabalhos de George De Leon, professor de psiquiatria da New York University. Leon é seguramente uma das figuras mais destacadas nos estudos sobre CTs na atualidade. Na segunda, serão abordados alguns acontecimentos no interior das CTs.

Conforme De Leon (2003):

A expressão “comunidade terapêutica” conota uma comunidade capaz de remediar, restaurar ou curar. Mas a distinção profunda entre a CT e outros tratamentos reside no uso da comunidade como **método** (grifo no original) para mudar a pessoa inteira. (DE LEON, 2003, p. 100).

Tal concepção aponta para a convivência entre pares como método de tratamento/atenção. O que está em questão para De Leon (2003) é o fato de as CTs atuarem como um ambiente propício ao desenvolvimento de ideias como restauração, remédio e cura. Em outros termos, um ambiente em cujo convívio indivíduos com problema de dependência de SPAs podem desenvolver relacionamentos que os afetem positivamente, no sentido do abandono ou controle da dependência. Estes relacionamentos devem funcionar em pelo menos dois âmbitos: a) vivência indivíduo-instituição (regras, atividades, participação na vida coletiva etc.) e também b) vivência indivíduo-indivíduo (construção de relacionamentos significativos, exemplos a serem seguidos, etc.).

Alguns elementos valorativos caracterizam (ou deveriam caracterizar) as relações nas CTs (FRACASSO, 2002): a) compartilhar, não apenas bens materiais, mas também apoio, o estar junto, momentos alegres e tristes com a mesma intensidade, b) honestidade, isto é, falar daquilo que lhe incomode, ser autêntico, não “usar máscaras” nos relacionamentos, isto é, manter uma comunicação baseada na transparência com os pares e c) espiritualidade, como apoio de uma dimensão relativamente pouco valorizada na sociedade contemporânea. Espera-se, idealmente, que não se confundam os conceitos de espiritualidade como dimensão humana, na perspectiva de Simmel (2005) com a ideia de religião, no sentido de instituição e doutrina, muito embora, inúmeras CTs adotem uma postura altamente proselitista, sendo a conversão o indicativo de sucesso do tratamento vivenciado.

A primeira etapa para a adesão ao Programa de Tratamento (PT) nas CTs é a entrevista classificatória quando devem ser apresentadas todas as informações relativas ao



processo, tanto para o usuário quanto para sua família. As informações devem apontar as bases que fundamentam o PT, além dos critérios de admissão e de alta, período mínimo e máximo de permanência na CT e de que forma são administrados e solucionados eventuais conflitos surgidos nas relações, e que são bastante comuns e corriqueiros em um período de convivência intensiva.

Na vivência indivíduo-instituição, as CTs possuem ou, pelo menos, espera-se que possuam um Regulamento Interno (RI) para atribuir direitos e deveres na convivência institucional. Nesse sentido, informações como: rotina diária constando o horário de acordar; as atividades a serem desenvolvidas durante o dia; horários de refeições diárias; horário de dormir. E também os recursos disponibilizados: médico psiquiatra e clínico geral; psicólogo; assistente social, agentes comunitários; enfermeiro ou técnico em enfermagem; e demais profissionais que desenvolvam alguma atividade com os residentes como pedagogos em caso de assistência aos estudos e outros profissionais que atuem na CT, como oficinas de marcenaria ou artesanatos, etc.

Outro tema importante é a correspondência externa (carta, telefone, e-mail) com familiares e outras pessoas do círculo de relacionamentos dos residentes. Há nas CTs o costume de ler as correspondências que chegam para os residentes, assim como as que estes enviam aos familiares e amigos. A justificativa é a de que alguém poderia enviar alguma SPAs para o residente, ou que o residente poderia escrever inverdades à família ou amigos. Isso viola o artigo 5º, inciso XII da Constituição Federal de 1988, que determina:

(...) é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal. (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, internação para tratamento não pressupõem investigação criminal e/ou instrução de processo penal do usuário de SPAs.

Na relação indivíduo-indivíduo, o que se supõe é a construção de relacionamentos considerados saudáveis em que os mais velhos no PT exerçam boa influência nos que se iniciam no processo. Em certo sentido parece que, idealmente, são esperadas que correntes do bem e de solidariedade sejam um auxílio à revisão das decisões e das ações dos indivíduos antes do tratamento a que se submetem. O que as CTs esperam dos residentes é que (FRACASSO, 2002) desenvolvam um processo de recuperação. Algo para qual é necessário algumas atitudes, tais como: o abandono total de quaisquer substâncias psicoativas, exceto casos em que haja comprometimentos neurológicos ou distúrbios psiquiátricos associados ao quadro da dependência química, quando então o corpo médico da CT (pressupondo que

exista) deverá determinar quais medicações o paciente deve fazer uso; a abstinência de sexo; mudanças de comportamentos e de estilo de vida dos residentes no PT.

Em casos em que seja praticado o proselitismo religioso, a conversão pessoal se constitui como indicativo de estar alguém recuperado pelo programa. Mas este é um ponto controverso. As CTs funcionam em parte com incentivos públicos na forma de não cobrança de taxas e impostos, verbas, alimentos e outros donativos dos departamentos de assistência social das prefeituras de seus municípios de origem. Se elas praticam o proselitismo (ainda que disfarçado) como critério de sucesso ou não do tratamento, ferem ao princípio do Estado laico. E este é um princípio básico, inclusive para o devido respeito às diversas religiões existente no país. Como se vê na Constituição Federal:

Art. 19. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:  
I - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público;  
II - recusar fé aos documentos públicos;  
III - criar distinções entre brasileiros ou preferências entre si. (BRASIL, 1988).

Aparentemente as CTs pretendem oferecer uma espécie de micro sociedade onde os indivíduos sejam bem inseridos, isto é, cumpram as regras e não venham a causar problemas sérios aos demais membros das CTs. O que é, no contexto do PT, um indicativo de alguém estar remediado, restaurado ou curado, para utilizar as expressões de George De Leon (2003). Contudo, esta posição parece demasiadamente frágil. Por alguns aspectos que apontaremos a seguir.

Primeiramente o mundo das CTs e o mundo dos indivíduos não são os mesmos, pois há uma gama de facilidades, de acesso às drogas e exposição a situações frustrantes, que a vida do lado de fora das CTs oferece aos indivíduos e que estas não podem, por limitações concretas, oferecer.

Em segundo lugar, parece que a proteção pretendida pelo isolamento, pode funcionar em sentido exatamente oposto ao objetivo, uma vez que fidelização a um tipo qualquer de convivência com um grupo de pertença poderá afetar a forma de transferência de responsabilidade: o indivíduo está bem por causa do grupo e não porque tenha eventualmente construído sua abstinência.

Estas observações serão desenvolvidas nas considerações finais.

## **O CAPES-AD**

A psiquiatria surgiu durante o século XVII com o objetivo de humanização dos tratamentos para doentes mentais. Há inclusive um mito de conhecimento geral de que

Philippe Pinel (1745-1826) haveria desacomodado pacientes acometidos de transtornos mentais em um hospital em Paris. Muito embora, questões de ordem social e econômica tenham mantido os indivíduos afetados por estas enfermidades na condição de excluídos e contidos em ambientes chamados por Goffman (1974) de instituições totais. Contudo, sempre houve pequenos focos de movimentos reformistas que procuraram tornar os tratamentos mais humanos.

Nesta perspectiva de humanização, no Brasil, já no início do século vinte foram criadas colônias agrícolas que se diferenciavam dos espaços de confinamento dos hospitais psiquiátricos e, nas décadas de 1960-70, surgiu um modelo de psiquiatria comunitária, muito mais humanizada.

A reforma psiquiátrica brasileira, no contexto das lutas sociais que caracterizaram a década de 1970, em especial na segunda metade, concentrou esforços no sentido de questionamento e superação do modelo asilar vigente, na perspectiva de promover à cidadania, a defesa da saúde coletiva, a gestão das práticas na área de saúde etc. A principal fundamentação deste movimento foi o importante trabalho desenvolvido pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), no hospital de Trieste na Itália, que foi referência não só para o Brasil, mas para o ocidente em geral.

Um dos desdobramentos da reforma psiquiátrica foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se destinava a prestar atendimento a portadores de transtornos mentais, entre os quais os usuários de SPAs que são caracterizados como portadores de transtorno mental momentâneo e reversível, oferecendo serviços médicos e psicológicos. O atendimento prestado pelo CAPS é de natureza não invasiva, já que a internação é considerada invasiva, e tem como objetivo primordial fortalecer a autonomia e o desenvolvimento de estratégias para a integração dos indivíduos em seu ambiente sócio-cultural.

Na cidade de São Paulo, no ano de 1987 foi criado o primeiro CAPS após a Secretaria Municipal de Saúde verificar inúmeras ocorrências de maus-tratos e inclusive o óbito de pacientes psiquiátricos. A partir desta constatação foram investidos recursos públicos para o desenvolvimento de uma rede de atenção e cuidados a pessoas que necessitavam de cuidados psiquiátricos. Este é um dos marcos inicial da reforma psiquiátrica no Brasil. Desta primeira etapa, inúmeras ações foram desenvolvidas com vistas à reestruturação da rede de serviços de saúde mental substituindo gradativamente o modelo manicomial vigente. Nesta perspectiva destacam-se serviços como: NAPS, Programa de Volta para Casa, Residências Terapêuticas Hospital-dia e os CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS-AD).

Cada CAPS possui atribuições específicas. Neste texto, enfoca-se o CAPS-AD que é o que se dedica ao atendimento de indivíduos como diferentes quadros de uso e abuso de SPAs.

O CAPS-AD é um serviço especializado oferecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde à população de ambos os sexos, sejam jovens, adultos ou idosos, portadores de transtornos mentais temporários, em função do uso e abuso de SPAs. Destaca-se que este serviço é oferecido por equipe interdisciplinar: assistentes sociais, enfermeiros padrão, pedagogos, educadores físicos, psicólogos, psiquiatras, arte educadores e técnicos de enfermagem, na perspectiva de autonomia e resgate da cidadania dos indivíduos. Assim, após o acolhimento, o usuário de SPAs recebe atendimento médico, psicológico e também do profissional do serviço social para encaminhamentos relativos à condição sócio-econômica, além de ser-lhe dado acesso a atividades manuais, físicas, atenção em grupos familiares, oficinas informativas e formativas, grupos terapêuticos, palestras, artes, música, cuidados pessoais com o corpo etc.

Este modelo de atenção não se caracteriza pela impositividade moral que caracterizam as alternativas axilares, como por exemplo, as comunidades terapêuticas com a ênfase posta na abstinência incondicional. A abstinência é negociada no contexto dos processos de construção da autonomia e da cidadania.

Verificando que a perspectiva tradicional de relacionamento jurídico com as SPAs ilícitas (maconha, cocaína, crack, heroína, anfetaminas, LSD etc.), caracterizada desde Richard Nixon (1913-1994) como *a guerra contra as drogas*, havia se demonstrado completamente falha e ineficaz, e que o problema de uso e abuso de SPAs tinha acentuado crescimento, além de outros problemas relacionados como violências, crimes e o narcotráfico, o governo brasileiro optou pela Política da Redução de Danos (PRD).

Em linhas gerais, a PRD se caracteriza como uma forma mais humanizada de abordagem da questão do uso e abuso de SPAs, e que privilegia a minimização dos danos sociais e a saúde, evitando os métodos invasivos, como internações voluntárias involuntárias (requerida por familiares) ou compulsórias (determinado pelo poder judiciário nos casos previstos em lei). Envolvendo iniciativas como os consultórios de rua, que são as equipes móveis que prestam atendimento integral à população em situação de rua, em especial usuários de SPAs, como distribuição de seringas e camisinhas etc.

O CAPS-AD se insere nesta perspectiva, pois permite que o usuário de SPAs desfrute efetivamente de uma condição de protagonista na construção do seu quadro de abstinência total ou parcial. É uma alternativa que serviu e serve de auxílio para muitos indivíduos, muito embora tenha também suas limitações na medida em que há casos de usuários de SPAs que

não conseguem controlar o impulso para o uso e abuso da(s) droga(s) de sua preferência. Para isso, o CAPS-AD prevê internações rápidas para desintoxicação, já são situações que exigem uma forma de atendimento diferenciado.

Também, é necessário considerar que a questão não se restringe a usar ou não usar, pois há também todo um contexto familiar e comunitário, social, histórico e econômico que envolve os usuários, de maneira que são inúmeros os fatores que afetam os resultados pretendidos.

Segundo informações do site oficial<sup>xv</sup>, existe no Brasil: 129 Consultórios de Rua; 34 Unidades de acolhimento Adulto (UAA); 26 Unidades de Acolhimento Infante Juvenil; 800 leitos em enfermarias especializadas; 59 CAPS-AD; 7.541 Vagas em Comunidades Terapêuticas; 1.431 Serviços de Abordagem Social de Rua. E como serviços complementares: 219 Centros Pop; 2.374 CREAS; 1.035 CAPS I; 475 CAPS II; 82 CAPS III; 196 CAPS i; e 308 CAPS-AD. Em ações destinadas á Redução da Oferta há 123 Bases Móveis da Polícia Militar; 7.731 Policiais Capacitados; 218 Operações Espaciais da Polícia Federal e no âmbito da Prevenção, 47 Centro Regionais de Referência (CRR) e 434.000 Capacitação de Profissionais e Sociedade Civil.

Além disso, dois gráficos disponibilizados na página oficial demonstram a alta evolução da Adesão dos Estados e do Distrito Federal ao Programa e a Adesão dos Municípios Prioritários ao Programa.

É possível verificar que este é um modelo de enfrentamento da problemática do uso e abuso de SPAs, que vem alcançando consolidação no cenário brasileiro.

Na perspectiva do presente texto, salienta-se que o atendimento propiciado pelo CAPS-AD não envolve conversão religiosa, como na maioria das CTs, em especial as que se situam no espectro das religiões protestante, pentecostal e neopentecostal, a ênfase está na natureza humanista e laica, com incentivo ao protagonismo e a responsabilidade pessoal na construção do quadro de abstinência por parte dos usuários de SPAs.

### **Programa: “De Braços Abertos”**

Ainda na perspectiva da Redução de Danos, com ênfase na busca por autonomia e protagonismo entre usuários de SPAs, na região conhecida vulgarmente como Cracolândia, na cidade de São Paulo, foi desenvolvido pela Prefeitura Municipal uma iniciativa bastante inovador: o Programa De Braços Abertos.

No encerramento da 65ª Reunião Geral da Frente Nacional de Prefeitos (FNP)<sup>xvi</sup>, ocorrido em 20 de maio de 2014, o atual prefeito da capital paulista o Prof. Dr. Fernando

Haddad, ex-ministro da Educação, presidiu a mesa intitulada: *A aplicação da política de redução de danos no consumo urbano de drogas*.

Haddad destacou a necessidade de inovar na construção de eventuais soluções para o enfrentamento do problema e apontou que, a partir de experiências internacionais, o governo da capital havia desenvolvido um programa que partia de pressupostos distintos de tudo o que havia sido feito até então. Em outras palavras, que a população da Cracolândia poderia ser sujeito da superação do quadro em que se encontrava.

Essa nova perspectiva de enfrentamento partia do princípio de que estes seres humanos não eram objetos de atenção por parte da saúde e da segurança pública, mas eram sim sujeitos capazes de atuar em seu próprio favor. Isso foi feito por meio de um contrato com o poder público.

A alternativa obviamente não eliminou o problema, mas constituiu-se em mais uma possibilidade no cenário de enfrentamento ao uso e abuso de SPAs.

Esta alternativa é o Programa De Braços Abertos, que havia sido lançado em janeiro de 2014.

Este Programa oferecia e ainda oferece moradia em hotéis populares, emprego em frentes de trabalho com renda diária no valor de R\$ 15,00, três refeições por dia e um curso de capacitação para 429 usuários de SPAs da Cracolândia. O Programa teve início no dia 30 de março de 2014 e foram realizadas pelos agentes de saúde do município mais de 10.000 abordagens a usuários. Destaca-se 887 atendimentos médicos; 465 atendimentos por equipe especializada de saúde; 505 encaminhamentos aos serviços de saúde; 3.902 abordagens realizadas nos hotéis da região e 2.760 abordagens em uma tenda armada pela Prefeitura Municipal de São Paulo para esta população. Foram realizadas ainda 1.710 abordagens em locais conhecidos pela fácil acesso às SPAs; 36 tratamentos odontológicos e 50 outros atendimentos de natureza odontológica; 240 encaminhamentos feitos por agentes comunitários para os serviços de saúde do município e do estado, além de 122 encaminhamentos de usuários de SPAs que se submeteram a tratamento no CAPS-ad da região da Cracolândia<sup>xvii</sup>.

Há notícias de que esta iniciativa tem produzido até agora bons resultados<sup>xviii</sup> no sentido de redução dos crimes na região conhecida como Cracolândia. Segundo o site do SPRESSO SP ([www.spressosp.com.br](http://www.spressosp.com.br)), houve uma diminuição de 80% dos roubos de veículos e 33% de furtos a pessoas, conforme dados da Polícia Militar (PM) comparando com o ano anterior a implantação do Programa. Nesse sentido, segundo as estimativas da segurança pública do município de São Paulo entre 2013, enquanto não existia o Programa De

Braços Abertos e 2014 com o Programa, houve declínio do índice de criminalidade. No ano de 2014 foram registrados 17 furtos de veículos contra 34 em 2013 (queda de 50%) e 392 furtos a pessoas contra 582 no ano de 2013 (queda de 33%), e no que se refere às prisões por tráfico de drogas efetuadas pela PM foram 96 em 2013 contra 176 em 2014 (acréscimo de 83%) no número de registro. Esta suba é considerada como dado positivo pelos especialistas em segurança pública do município de São Paulo, na medida em que indicam maior eficácia das ações de repressão o que deverá indicar maior presença do poder público em uma área que estava totalmente carente da presença do Estado. Também foram efetuadas 6.344 abordagens, pela Guarda Civil Metropolitana (CGM) de São Paulo, que deu apoio à ação repressiva da PM paulista. Foram ainda realizadas 319 prisões (91 relacionadas ao crack) pela CGM retirando da circulação 2.486 pedras de crack e mais a quantia de R\$ 10.000,00 que era dinheiro tráfico na região. Se se considerar a pobreza da região a apreensão foi importante no contexto da Cracolândia.

Conforme os dados da mesma fonte (nota de rodapé nº 18) há atualmente 453 pessoas cadastradas no Programa, das quais 286 (63%) são homens e 167 (37%) são mulheres, há ainda 06 adolescentes e 30 crianças neste número total, que foram encaminhadas às creches e escolas municipais e, nos contra turnos escolares, estas participam de atividades nos Centros para Crianças e Adolescentes (CCA). Destaca-se que 290 pessoas são do município de São Paulo, 63 de cidades do estado de São Paulo, 99 são de outros estados federados e 01 é estrangeiro. Os membros das equipes de assistentes sociais calculam que em torno de 70% destas pessoas tiveram passagem pelo sistema prisional em suas trajetórias de vida. Destaca-se que 05 destas pessoas são portadores de título de Ensino Superior completo e outros 09 iniciaram e não concluíram o terceiro grau, e há 13 pessoas que não foram alfabetizadas. Destes indivíduos cadastrados, 18 ingressaram no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC).

Os cidadãos atendidos pelo Programa de Braços Abertos residem em 07 hotéis na cidade de São Paulo, conforme informação da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social há ainda outras 50 pessoas (além dos 453) que não residem nos hotéis, mas que são participantes do programa. Inclusive pelo fato de haver quem retorne ao convívio familiar, mas que se mantém ligado ao projeto. Destes participantes há 21 que estão desenvolvendo a autonomia pessoal e já conseguiram trabalho fora do programa. No mês de agosto de 2014, 16 destes indivíduos foram contratados pela empresa Guima Consecó para prestar serviços em equipamentos públicos do município, e recebem salário de R\$ 820,00 por mês, acrescidos do vale refeição de R\$ 9,10 por dia e mais uma cesta básica no valor R\$ 81,33, além de vale

transporte. Há também um grupo de 321 que trabalham no serviço de varrição de ruas e limpeza e manutenção de praças públicas, destes, 100 indivíduos estão fazendo cursos de capacitação nas áreas de estética, beleza, jardinagem e inclusão digital. Para estes o salário é de R\$ 15,00 diários mais 03 refeições por dia. Por fim, há um grupo de 75 pessoas que se acham em processo de inserção no trabalho, residem nos hotéis e recebem assistência social, psicológica e de saúde, mas não recebem ainda nenhuma remuneração.

Conforme informação disponibilizada pela equipe de assistência social, desde o início em 30 de março de 2014 houve 113 pessoas que desistiram do Programa por razões diversas.

Todas as ações o Programa De Braços Abertos são coordenadas em conjunto entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS); a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS); a Secretaria de Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo (SDTE); a Secretaria de Segurança Urbana (SMSU) e a Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC).

O Programa De Braços Abertos tem uma perspectiva que abrange não apenas a questão do uso e abuso de SPAs, mas também o resgate da autoimagem, na medida em que a vida com dignidade, mesmo sob condições de pobreza, é um fator importante. Nesta perspectiva, ao ter condição de trabalho, moradia e alimentação, os indivíduos tem maiores chances de assumir um quadro de abstinência, mas não apenas isso, também o resgate da condição de cidadão é um passo fundamental neste processo.

O Programa De Braços Abertos é regulado pelo DECRETO nº 55.067<sup>xix</sup>, de 28 de abril de 2014. Esta alternativa criada pelo governo da capital paulista, como era de esperar, teve e tem apoiadores e detratores. Mas não se discutirá esta e outras questões, pois ainda que sejam importantes, fogem dos objetivos deste texto.

Há no mesmo de abrangência do Programa De Braços Abertos na cracolândia, uma iniciativa político-religiosa ligadas às comunidades religiosas da denominação batista próprias da Convenção Batista Brasileira (CBB). Trata-se da Cristolândia<sup>xx</sup>. Em tal projeto, iniciado pelo pastor Fernando Brandão, coordenador da Junta de Missões Nacionais da CBB, há tentativa de preencher um espaço que, segundo ele, os governos: estadual e federal não conseguem atuar de forma satisfatória em termos de combate à dependência química, particularmente do crack.

Muito embora o trabalho da Cristolândia exija uma investigação maior, pode-se dizer que ele tem uma natureza caracterizada por proselitismo. Sua prática de evangelização se volta para a “salvação das almas” e não propriamente para a construção ou reivindicação de políticas públicas que possam minorar as mazelas, não só da severa dependência química, mas



de todo um contexto de exclusão social marcado pela desigualdade, que envolve os chamados indivíduos em situação de rua. Por outro lado, pode-se dizer que a Cristolândia tem atuação religiosa e como tal deve se analisada conforme o instrumental da sociologia da religião, algo ainda a ser explorado, estando fora do enfoque específico deste artigo.

### **Considerações Finais**

Apresentou-se o problema do uso abuso de SPAs e algumas alternativas de enfrentamento: CTs, CAPS-ad e o Programa De Braços Abertos, que, muito embora não sejam as únicas possibilidades existentes, foram as que se escolheu para discutir neste pequeno texto.

Privilegiou-se aprofundar a discussão neste trabalho sobre as CTs, pois são estas que, na maior parte dos casos, aplica uma perspectiva baseada na religião para o enfrentamento do uso e abuso de SPAs.

Assim, se indica cinco pontos que exigem uma reflexão sociológica mais apurada. São eles: a questão da legislação (RDC-101/01 X RDC 29/11); os cadastros (OBID) e filiações (FETEB e FEBRACT); o modelo axilar (internação); a internação involuntária e perspectiva do proselitismo religioso.

A mudança na legislação que se caracterizou principalmente pelo relaxamento das exigências para funcionamento demonstrou, por parte do governo e das autoridades da área um descompromisso com os cidadãos usuários de SPAs. Ao reduzir as exigências que se ligavam à qualidade do serviço prestado e do ambiente de convívio, implicitamente a legislação deixou espaço para funcionamento de entidades que tornam tanto os usuários de SPAs quanto seus familiares duplamente vitimizados: tanto pela dependência quanto pelo tipo de *tratamento* oferecido. Quando o governo permite que instituições privadas realizem serviços que ele deveria prestar, via Sistema de Único de Saúde (SUS), o mínimo que ele deve fazer é exigir a qualidade destes serviços. Não o fazendo, demonstra descaso e abandono de significativa parcela da população brasileira.

Entre as funções do Estado, está o controle do que é oferecido à Sociedade em todos os âmbitos: saúde, educação, lazer, etc. nesse sentido, o cadastro no ODID é uma forma de transparência e até mesmo de validação das CTs que prestam serviços às comunidades, em especial pelo fato de que, quem atua nos limites da legislação, da transparência e do bom senso (leia-se honestidade), nada tem a temer, de maneira que o cadastro no OBID é um imperativo ético moral para as CTs. Da mesma forma, a filiação às Federações permite o bom relacionamento e a troca de experiências que pode melhorar a qualidade dos serviços

prestados, e mesmo estabelecer padrões relativos a qualidade e aos custos dos tratamentos. Já que nem todos os tratamentos são iguais, e que diferentes indivíduos usuários de SPAs possuem necessidades distintas, em uma rede de CTs há maiores e melhores possibilidades de proporcionar ajuda a quem precisa de atendimento.

No que se refere às internações, os períodos são em torno de 06; 09 ou 12 meses, o que pode ser um tempo longo de isolar um indivíduo de sua convivência familiar e comunitária. Nesse sentido, o isolamento parece indicar que o problema é o indivíduo e não o contexto em que esse está inserido, esta perspectiva é muito próxima à ideia de separação dos problemáticos, como se estes fossem os únicos responsáveis pelos problemas que os afetam, e esta é uma perspectiva falsa. Já que é a interação entre os indivíduos e seu meio que formam personalidades, que estimulam todo um conjunto de ações e decisões dos indivíduos. Além disso, deve ser considerado que o isolamento proporcionado pela internação poderá fragilizar os laços de convivência e criar outros problemas como perda de relações afetivas, trabalho, estudos e acaba por criar um mundo diferente do mundo em que o indivíduo está inserido. Muito embora não se pretenda anular a necessidade de internação, parece ser desejável que esta se dê pelo tempo mínimo necessário para superação de eventuais crises de abstinência, mas que o processo de construção da superação do uso e abuso de SPAs se dê no contexto de vida dos usuários, já que é neste ambiente que continuaram a viver suas vidas. É necessário ainda considerar que a falta de controle permite, em muitos casos, a cobrança de preços extorsivos, criando com isso um mercado paralelo de tratamentos que deixa famílias endividadas a ponto de comprometer a situação econômica a ponto de criar maiores problemas para quem já está na condição de vítima.

No que se refere aos tratamentos involuntários há discussão é bastante ampla. Primeiramente, a reforma psiquiátrica no Brasil é disciplinada pela Lei 10.216/01 que estabelece as modalidades de internação psiquiátrica: voluntária (o usuário procura); involuntária (determinação familiar) e compulsória (determinação judicial). A compulsória exigiria outra abordagem que foge aos propósitos deste artigo, portanto não será discutida. No caso da internação involuntária para usuários de SPAs em CTs, percebe-se que há uma contradição abissal. O que caracterizou desde as origens os tratamentos em CTs é exatamente o grau de consciência dos indivíduos sobre seus próprios problemas e seu desejo de superação. Portanto, a involuntariedade nas CTs abriga uma contradição absoluta com o modelo CT. É o caráter de adesão ao tratamento que pode construir um quadro de abstinência consciente e duradoura, sendo injustificável do ponto de vista ética moral obrigar a alguém a

fazer ou deixar de fazer algo. Nessa perspectiva, o tratamento em CTs só poderá ter resultado positivo para o usuário de SPAs se este estiver determinado a superar o problema.

Vale ressaltar que, durante o período de revisão deste texto, deu-se a aprovação do Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas do Brasil<sup>xxi</sup>, tema este que se discutirá em trabalho posterior.

Por fim, aborda-se a perspectiva da religião, que já foi considerada como elemento fundamental de construção da moral das sociedades (DURKHEIM, 1989). A modernidade, contudo, passou a tratar a questão da religião como problema de foro íntimo. Em outras palavras, não há uma “religião oficial” nos países ocidentais, muito embora a herança do cristianismo não possa ser desprezada, como por exemplo, na ideia de direitos naturais. Mas, a principal característica é a adesão voluntária às religiões existentes e também a perspectivas seculares como o ateísmo e o agnosticismo. Muito embora não se pretenda negar a importância que muitos seres humanos atribuem à religião, o que se questiona é a validade de considerar a conversão religiosa a determinada denominação, como critério de sucesso ou insucesso em um Programa de Tratamento desenvolvido por uma Comunidade Terapêutica.

Por outro lado há também que se considerar que a religião na atualidade, em especial no aspecto sociológico, exige uma compreensão de seu significado. Nesse sentido, Willaime aponta que:

A própria dificuldade em traduzir a palavra “religião” em alguns idiomas mostra a necessidade de incluir, na reflexão sociológica sobre o religioso, uma investigação semântica histórica: o que nós entendemos por “religião” também é uma construção social que possui uma história. (WILLAIME, 2012, p. 135 – grifos no original).

Willaime (2012, p. 186-186) se, do ponto de vista etimológico, religião está vinculada a ideia de “*relegere* (retornar com escrúpulo, coletar outra vez) de Cícero ou o *religare* (religar) de Lactâncio”. Neste texto, nos parece adequado pensar religião, junto com Clifford Geertz (apud WILLAIME, 2012), como sendo:

Um sistema de símbolos que age de um modo tal, que suscita poderosas motivações e disposições no homem, profundas e duráveis, formulando concepções de ordem geral sobre a existência e fornecendo, a tais concepções, **uma aparência de realidade fazendo com que as motivações pareçam se apoiar somente no real.** (GEERTZ apud WILLAIME, 2012, p. 187 – grifo nosso).

Uma questão importante a ser pensada diz respeito à expressão grifada na citação acima, na medida em que ao fazer um processo de reabilitação apoiar apenas numa aparência de realidade, pois, conforme dissemos anteriormente, o “mundo das CTs” e o “mundo real dos indivíduos” não são necessariamente os mesmos. Logo, adquirir hábitos e habilidades em um, não pressupõe que isso sirva também para o outro.

Ainda em relação à questão da religião, majoritariamente as CTs são vinculadas igrejas e entidades pentecostais. Nas CTs ligadas a essa vertente religiosa com suas características específicas (batismo no Espírito Santo; cura divina; expulsão de demônios etc.), a captação de recursos financeiros se dá por meio da cobrança dos planos de tratamento, cujos valores podem atingir cifras bastante altas. Por sua vez, o Estado não tem controle sobre o fluxo de dinheiro para tais organizações, tampouco, de modo adequado, sobre a qualidade dos serviços prestados, embora lhes repasses recursos públicos.

As CTs, inclusive as muitas religiosas, recebem recursos e apoios públicos e, mas determinação legal, o Estado brasileiro é laico. Logo, não é admissível a imposição de uma ou nenhuma religião a qualquer cidadão como critério para atingir determinada situação, condição ou status. Dito de outra forma, isso fere a legislação brasileira o uso de recursos públicos para uma religião específica em detrimento de outras existentes. Em segundo lugar, este tipo de “adesão forçada”, pode estimular a que usuários de SPAs demonstrem aderir à religião somente para abreviar o período de permanência, criando com isso uma falsa perspectiva de sucesso do tratamento durante o período de convivência.

Assim sendo, considerando que a religiosidade é uma das características desta modalidade de tratamento aos usuários de SPAs, parece que a melhor perspectiva é a que trata Simmel (2011), isto é, enquanto perspectiva humana. Mas uma perspectiva que deve se caracterizar pela voluntariedade e como critério de construção da subjetividade. Nunca para demonstrar se está “recuperado” do uso e abuso de SPAs.

Este pequeno estudo não tem a pretensão de fato pretensão de aprofundamento no assunto, mas sim como objetivo despertar o interesse por uma área que, dadas as dimensões no cenário nacional, ainda possui pequena abordagem sociológica.

### **Referências bibliográficas**

BRASIL. **Lei nº10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

CHAVES, E. M. S. e Edmundo Muniz Chaves - "O papel da Comunidade Terapêutica na Atual Conjuntura". V.II, nº 02, Pg. 23. Revista "Comunidade Terapêutica e Dependência Química em Pauta". Blumenau, CRUZ AZUL no Brasil, 2005.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. Trad. Adail Sobral, Cecília Bartalotti e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.

DURKHEIM, É. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo, Paulinas, 1989.

FRACASSO, L. Características da comunidade terapêutica, IN: **Curso Nacional de aprendizado à distância** – Aspectos básicos no tratamento da dependência química, V.2. Brasília : Secretária Nacional Antidrogas (SENAD), 2002.

\_\_\_\_\_. Comunidade Terapêutica: uma abordagem psicossocial. In: **Anais do Encontro Interdisciplinar:** dependência química, saúde e responsabilidade social, educando e transformando através da Educação Física. Campinas/SP: Universidade Estadual de Campinas, 2008. P. 10-20.

GIUMBELLI, E. O acordo Brasil-Santa Sé e as relações entre Estado, sociedade e religião. Porto Alegre. **Ciencias Sociales y Religión**, v. 13: n. 14: p. 119-143, 2001.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

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

QUEIROZ, I. S. de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. In: **Psicologia:** ciência e profissão, vol. 21, nº 4, p. 2-15. ISSN 1414-9893, 2001.

SIMMEL, G. **Religião: ensaios**. v. 1/2. São Paulo, Olho d'água, 2011.

WILLAIME, J-P. **Sociologia das religiões**. Trad. Lineimar Pereira Martins. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

---

i <sup>1</sup> Neste texto chamamos de SPAs, todo e qualquer produto natural e/ou sintético que, uma vez utilizado, altera uma ou mais das funções orgânicas, independentemente de considerações de ordem moral ou jurídica.

ii No Brasil, se faz presente nas chamadas religiões amazônicas: Santo Daime, União do Vegetal e Barquinha, havendo autorização do Ministério da Justiça para cultivar, transportar e ingerir os vegetais usados para a preparação do chá ritual e alucinógeno ayahuasca, algo proibido para quem não frequenta tais cultos.

iii Coggiola (1996) aponta a movimentação de aproximadamente 500 bilhões de dólares, ficando apenas atrás do comércio de armas. Conforme: <http://www.adusp.org.br/revista/07/r07a07.pdf> - acessado em: 20 de dezembro de 2014.

iv Porto-riquenho, residente em Nova York, líder da gang “Maus-Maus”, que posteriormente tornou-se pastor, a partir do trabalho do reverendo David Wilkerson.

v “(...) He was called to New York in 1958 to minister to gang members and drugs addicts, as told in he best-selling book, *The Cross and the Switchblade*”. Conforme: <https://www.worldchallenge.org/page.aspx?pid=470> - acessado em: 20 de dezembro de 2014.

vi Rham também é um dos sacerdotes pioneiros do movimento da Renovação Carismática Católica no Brasil.

vii Conforme: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php> - acessado em 20 de dezembro de 2014.

viii Conforme: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200009&script=sci_arttext&tlng=pt) - acesso em 20 de janeiro de 2015.

ix Conforme: [http://feteb.org.br/mapa/sao\\_paulo.html](http://feteb.org.br/mapa/sao_paulo.html) - acessado em 20 de dezembro de 2014.

- x        Conforme: <http://www.febract.org.br/?navega=filiadas&estado=SP> - acessado em 20 de dezembro de 2014.
- xi       Conforme:  
[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/instituicao/index.php?ds\\_cidade=todas&ds\\_estado=SP](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/instituicao/index.php?ds_cidade=todas&ds_estado=SP) - acessado em 20 de dezembro de 2014.
- xii      Conforme:  
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/328532.pdf> - acessado em 20 de dezembro de 2014.
- xiii     Conforme:  
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/328903.pdf> - acessado em 20 de dezembro de 2014.
- xiv      Conforme: <http://www.polbr.med.br/ano13/for0613.php> - acessado em 20 de dezembro de 2014.
- xv       Conforme: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html> - acessado em 20 de dezembro de 2014.
- xvi      Conforme: <http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/2270#ad-image-0> - acessado em 20 de dezembro de 2014.
- xvii     Conforme: <http://capital.sp.gov.br/portal/noticia/2236> - acessado em 20 de dezembro de 2014.
- xviii    Conforme: <http://spressosp.com.br/2015/01/20/um-ano-depois-de-bracos-abertos-reduz-fluxo-na-cracolandia-em-80/> - acessado em 21 de janeiro de 2015.
- xix      Conforme: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/trabalho/decreto\\_pot\\_29.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/trabalho/decreto_pot_29.pdf) - acessado em 21 de janeiro de 2015.
- xx       Conforme: <http://www.cristolandia.org/> - acessado em 21 de janeiro de 2015.
- xxi      Conforme: <http://www.cruzazul.org.br/novidade/92/aprovado-o-marco-regulatorio-das-comunidades-terapeuticas-do-brasil> - acessado em 12 de maio de 2015.