



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Mendes Lages Ribeiro, Fernanda; de Souza Minayo, Maria Cecília
As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o
caso de Manguinhos, RJ, Brasil
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 54, 2015, pp. 515-526
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180141076009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas:

o caso de Manguinhos, RJ, Brasil

Fernanda Mendes Lages Ribeiro^(a)
Maria Cecília de Souza Minayo^(b)

Ribeiro FML, Minayo MCS. Religious therapeutic communities in recovering drug users: the case of Manguinhos, state of Rio de Janeiro, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):515-26.

This paper analyses the role of religious therapeutic communities in recovering and rehabilitating drug users, taking the Manguinhos complex of slums in Rio de Janeiro, Brazil, as the case. The study used a qualitative approach through interviews, participant observation and institutional materials. The technique of analysis of enunciation was applied in order to interpret the material. There is a strong presence of religious institutions that aim to form therapeutic communities for treating drug dependence. The main forms of recovery and rehabilitation comprise evangelization and religious conversion. Faith-based therapeutic communities conceptualize a treatment model focused on prayer and abstinence, which is a view at odds with public mental health policies. However, the public infrastructure has been unable to make effective responses to the demand. The controversy generated by this issue closes this paper.

Keywords: Therapeutic community. Drugs. Recovery. Religion.

Este artigo analisa o papel de Comunidades Terapêuticas (CT) religiosas na recuperação e reabilitação de usuários de drogas, tomando como caso o complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, por meio de entrevistas, observação participante e materiais institucionais. Para compreensão e interpretação do material, foi utilizada a análise de enunciação. Há ampla presença de instituições religiosas que têm a CT como proposta de cuidado à dependência de drogas. As principais formas de recuperação e de reabilitação são a evangelização e a conversão religiosa. As CT confessionais concebem um modelo de tratamento centrado na oração e na abstinência, modelo este em desacordo com as políticas públicas de saúde mental. No entanto, os equipamentos públicos não têm conseguido dar respostas eficazes à demanda. A controvérsia gerada nesse particular encerra este artigo.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica. Drogas. Recuperação. Religião.

^(a,b) Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4036, sala 700. Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21040-361. fernandamlr@claves.fiocruz.br; cecilia@claves.fiocruz.br

Introdução

O uso de substâncias psicoativas está presente ao longo da história¹ da humanidade como prática religiosa, medicamentosa ou recreativa. Já sua configuração como problema social data do fim do século XIX¹⁻⁶.

No Brasil, o tema da atenção a usuários abusivos de álcool e outras drogas entra como pauta das políticas públicas nos anos 1990, a partir da concepção de cuidado fundamentada nos direitos do usuário⁷, indo na contramão das práticas de exclusão adotadas pelos hospitais psiquiátricos. No entanto, ainda hoje, ambos os modelos permanecem em disputa, assumindo tendências distintas de acordo com os contextos social, econômico, político e cultural⁸⁻¹⁰.

Desde 2003, a redução de danos é a política oficial do Ministério da Saúde¹¹, propondo diminuir os riscos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, e pautando-se no respeito ao indivíduo e ao seu direito de escolha. Outra direção, diametralmente oposta, é a abstinência, aplicada pelas Comunidades Terapêuticas (CT)^{4,11,12}.

Com o objetivo de recuperar dependentes de drogas, as igrejas atuam evangelizando nas comunidades – em ‘bocas de fumo’ e ‘cracolândias’ – e em CT. Estas, também cunhadas como ‘Centros de Recuperação’, são financiadas ou cofinanciadas por entidades religiosas e pelo Estado, tendo como projeto terapêutico o tratamento religioso. Este tipo de tratamento substitui ou incrementa outras formas de cuidado, como a medicamentosa.

Embora as CT ganhem terreno em função da escassez de políticas públicas, ou de sua pouca efetividade^{10,13-15}, sua presença no cenário brasileiro é anterior à formulação da política pública específica para o uso abusivo de álcool e outras drogas, em 2003^{10,14}. Somam-se: a ausência de estratégias efetivas que deem conta do problema crescente das drogas; a inexistência de diretrizes e de fiscalização contínua das escassas iniciativas, assim como, uma concepção muito presente no senso comum a favor da internação^{16,17}.

A Reforma Psiquiátrica trouxe a gradativa redução de leitos psiquiátricos financiados pelo SUS para tratamento de dependentes. Em substituição, surgiu uma série de serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e houve a ampliação da Atenção Básica. No entanto, esses equipamentos não têm logrado dar respostas efetivas à população. Diante desta perda de recursos, Vasconcelos¹⁸ observa o crescimento de movimentos pró-psiquiatria biomédica, na verdade, movimentos antirreforma. Nesse contexto, o tema das drogas, em especial do *crack*, passa a dominar a pauta política, institucional, cultural e midiática.

Diversos autores vêm apontando os impactos positivos da espiritualidade e da religiosidade na qualidade de vida e na saúde mental dos indivíduos¹⁹⁻³². Alguns ressaltam o papel da espiritualidade na prática clínica e sua associação com indicadores de saúde; seu impacto em hábitos de vida, suporte social e *coping* e no bem-estar psicológico; na baixa prevalência de depressão, de abuso ou de dependência de substâncias; na diminuição da ideação e de comportamentos suicidas^{33,34}. Dalgalarondo³⁵ destaca que, nas últimas duas décadas, têm crescido as pesquisas que apontam a religião como protetiva para o abuso de álcool e outras drogas. Outro tema que ganha realce é o enfrentamento religioso – o “uso de estratégias cognitivas ou comportamentais” ligadas à religiosidade para lidar com estressores, nos processos de cura e no tratamento de enfermidades²⁷ (p. 381).

Outras pesquisas ainda, em especial envolvendo as religiões pentecostais, problematizam o papel da religião na recuperação e na reabilitação do uso e abuso de drogas, onde tem destaque a atuação das comunidades de fé na busca ativa por indivíduos em crise^{22,29,31,32}.

A proposta das CT

Sua organização parte de um modelo de instituição total, como definiu Goffman³⁶. Os indivíduos se mantêm em um ambiente residencial por 24 horas, segregados da sociedade, o que provoca uma ruptura com os papéis anteriormente exercidos³⁷⁻³⁹.

É objetivo reabilitar e recuperar os sujeitos para a vida em sociedade. Tratando o transtorno individual, transformam-se estilos de vida e se educa^{15,38} para “novos valores, como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, honestidade e amor”⁹ (p. 172).

Segundo o “Observatório Crack é Possível Vencer”⁴⁰, existem hoje, no Brasil, 5.496 vagas em 252 CT e, até o final de 2014, a proposta era chegar a dez mil vagas. No entanto, segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, como afirma Kurlander¹⁷, existiriam entre duas mil e quinhentas e três mil CT no país, atendendo a sessenta mil pessoas por ano. Já Silva⁴¹ e Damas³⁹, seguindo dados do Ministério da Saúde, afirmam que há duas mil e quinhentas CT que atendem a 80% dos dependentes de drogas. O desencontro de informações sugere que há diversas entidades funcionando sem nenhum tipo de registro, o que traz desafios relacionados à fiscalização do cumprimento de requisitos mínimos de funcionamento.

Predominam três modelos de CT: religioso-espiritual, com atuação de religiosos e ex-internos; científico, com médicos, psicólogos e assistentes sociais; e misto, que une as modalidades anteriores^{13,39,41}. Há, ainda, contribuições da metodologia Minnessota^{16,39}, de “essência predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e nos 12 passos”, cujo tratamento “busca a incutir esperança através da confiança no poder divino superior”; e do método Synanon, “de essência predominantemente analítica”, baseado na “autoconfiança do indivíduo” e na laborterapia³⁹ (p. 53).

Algumas diretrizes básicas podem ser reconhecidas em todas as propostas: as CT compõem-se de um sistema estruturado, com limites, regras, horários e responsabilidades claras, e, geralmente, se encontram em locais afastados dos centros urbanos. Baseiam-se na disciplina e em normas estritas, como: afastamento da comunidade, trabalho em grupo, laborterapia, abstinência de drogas e sexo, e aplicação de penalidades aos desvios. Os internos ‘recuperados’ têm função de apoio no tratamento dos demais e grande parte do trabalho é voluntário^{6,9,13,16,38,39,42,43}.

Destaca-se o componente religioso e há prevalência de instituições católicas e evangélicas^{16,38,41,43-45}.

Ainda é grande o número de comunidades religiosas que [...] [tem] como base principal e única a fé em Deus. “O encontro com Deus é a solução de todos os males do espírito e da carne”, comenta um pastor evangélico, coordenador de uma CT.⁴¹ (p. 50)

Segundo Valderrutén³⁷, a ‘teoterapia’ está inscrita em concepções cristãs da vida social e do comportamento, nas quais ser adicto em recuperação significa ser ‘converso’, isto é, buscar a salvação em Jesus. O discurso religioso é central e organiza o cotidiano institucional, marcado por atividades como: orações, reuniões de grupo e catequese; e o espaço, com signos religiosos, como crucifixos e imagens de santos^{6,15}.

Manguinhos

Manguinhos é formado por um complexo de 16 favelas, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Sua população é de cinquenta mil pessoas, e uma das principais deficiências relacionadas à saúde é o abuso de álcool e outras drogas⁴⁶.

Na região, estava localizada uma das maiores “cracolândias” da cidade, espaço de uso do crack e de permanência de pessoas sob seus efeitos, e havia vários pontos de venda de drogas. As obras do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) – programa do Governo Federal –, a partir de junho de 2012, elevaram a linha férrea que corta Manguinhos, provocando a dissolução da cracolândia e a redistribuição dos usuários.

Diversas instituições religiosas possuem iniciativas de cunho social e religioso e atendem usuários de drogas. Há um imbricamento entre essas duas formas de intervenção, sendo as ações sociais impregnadas de um profundo moralismo religioso.

Dentre as ações governamentais direcionadas a esta problemática, ressalta-se o ‘acolhimento’ de usuários e seu encaminhamento para abrigos especializados. Esta política vem sendo duramente criticada por movimentos sociais ligados à luta por direitos humanos, conselhos profissionais e profissionais da saúde, que aludem ao ressurgimento de práticas higienistas.

Como serviço de saúde, há o projeto Território Integrado de Atenção à Saúde - TEIAS, na Atenção Básica, composto por 13 Equipes de Saúde da Família, que atende 100% das famílias da localidade⁴⁷.

A região é atendida por um CAPS – serviço de “referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros”⁴⁸ (p. 13). Não há um CAPS

ad – específico para usuários de álcool e outras drogas e responsável por ações de redução de danos – referência para Manguinhos. Na cidade do Rio de Janeiro, existem, hoje, seis destas unidades⁴⁹, insuficientes para atender a uma população de 6.453.682 de habitantes (segundo o IBGE, para 2014).

A Policlínica Rodolpho Rocco é referência para atendimento de emergência em saúde mental, e há um Consultório de Rua que realiza “ações de prevenção, cuidados primários e promoção da saúde, articulando o conjunto de equipamentos e de equipes intersetoriais do território e fora dele”⁵⁰.

Metodologia

Este artigo faz parte da tese “Religião, prevenção à violência e recuperação e reabilitação de pessoas: um estudo em Manguinhos”, cuja pesquisa contou com abordagem qualitativa, compreendendo entrevistas, observação participante e coleta de materiais institucionais. Os entrevistados foram: pessoas convertidas à religião, com histórico de dependência de drogas e envolvimento com o tráfico de entorpecentes (três); líderes religiosos (cinco) e coordenadores de serviços sociais prestados por entidades religiosas (quatro entrevistas individuais e dois grupos de três e seis pessoas).

Participaram do estudo 14 igrejas e associações religiosas entre católica, evangélicas e espíritas, entre 2010 e 2012. Para tratamento dos dados, utilizou-se a Análise de Enunciação, que considera que a palavra é sentido, mas, também, transformação, incluindo, como parte da compreensão do discurso, aspectos históricos e sociais⁵¹. O discurso, como produto de complexas interações que envolvem o lugar de onde se fala e sobre quem se fala, deve problematizar a historicidade e as condições sociais de emergência das enunciações⁵²⁻⁵⁵.

As entrevistas foram analisadas buscando-se levantar as principais categorias que emergiam nos discursos dos participantes. Foi realizada uma primeira descrição analítica, onde o corpus do material foi pré-interpretado à luz dos referenciais teóricos, categorias e hipóteses adotadas; e uma interpretação inferencial, onde se aprofundou a análise dos conteúdos manifestos e latentes referentes às condições materiais, empíricas, culturais e estruturais. Para os propósitos deste artigo, buscaram-se todas as ocorrências relativas às drogas e suas formas de recuperação, presentes nas entrevistas com ‘convertidos’ e líderes religiosos, nos diários de campo e em materiais institucionais (como folders sobre CT).

A observação participante ocorreu durante todo o trabalho de campo e incluiu atividades como: cultos, missas e outras celebrações e momentos de trabalho social e do cotidiano institucional.

Resultados e discussão

Algumas considerações comuns a todos os interlocutores

Todas as entrevistas e conversas informais durante o trabalho de campo demonstraram grande preocupação com o uso de drogas e, especificamente, com os impactos do *crack* na vida dos usuários, de suas famílias e no território. A violência foi representada nos discursos como a praticada pelo tráfico de drogas e a promovida por dependentes que furtam e roubam para obter a droga.

Foram descritas duas trajetórias bastante claras que associam o uso abusivo de drogas à violência. O uso gera dependência e esta leva ao envolvimento com furtos, roubos e à inserção no tráfico. A atuação no tráfico, por sua vez, pode ter como consequência o desenvolvimento da dependência. Tais trajetórias são representadas como um ‘destino’, que pode, contudo, ser mudado por meio da intervenção religiosa.

Todos descreveram como um problema, para a reabilitação de dependentes, as dificuldades de acesso e a falta de qualidade dos serviços públicos de saúde.

O tratamento religioso-moral em CTs

A principal ação de recuperação de pessoas, em Manguinhos, é a evangelização, o que pode ocorrer dentro das comunidades e em CT.

Dois pontos centrais guiam os princípios morais do projeto terapêutico das CT: a dependência química como pecado, fraqueza, falta de Deus ou posseção do demônio, como bem destacam autores como Mariz²², Valderrutén³⁷ e Rocha³¹; e a busca da abstinência, única forma exitosa de tratamento. O sujeito deve romper com sua vida pregressa e abraçar uma nova comunidade, religiosa, marcando sua trajetória em termos de antes e depois da conversão. Mesmo o uso de álcool e de cigarro é condenado, pois não faz parte do projeto de 'homem convertido'.

Alguns ex-dependentes narraram trajetórias pessoais relacionadas às experiências de conversão que reorientaram suas vidas e provocaram uma ligação especial com a fé e, em alguns casos, um retorno a ela.

"O homem por si próprio não consegue vencer [a luta pela reabilitação do uso de drogas], eu tentei por várias vezes com as minhas próprias forças vencer essa batalha, mas não conseguia. Eu só consegui através do senhor Jesus". (R)

"A única coisa que me mantém distante das drogas é eu ter a certeza de que eu estou sendo fiscalizado por Deus". (L)

A recuperação de M se deu em uma CT 'não oficial', na casa de um pastor, em local afastado de sua comunidade. Ele ficou "confinado, mas por livre e espontânea vontade" e seu tratamento consistiu no exercício de orações:

"Eu ia, dobrava o meu joelho, eu orava, e pedia a Deus, e Deus foi trabalhando na minha vida [...]. E por incrível que pareça, depois de sete anos usando *crack*, fiquei quinze dias lá dentro daquele centro de recuperação, é coisa excepcional, não tem condições de nenhum usuário de *crack* ficar livre da dependência com quinze dias".

Após ter comprovado o êxito do método religioso, M passou a ajudar no encaminhamento de pessoas para "centros de recuperação de origem evangélica". Já a recuperação de R e L foi por meio da conversão religiosa em igrejas. R também realiza trabalhos em uma CT, acolhendo e encaminhando pessoas. Alguns se tornaram pastores, como é o caso de R e L.

O testemunho tem uma dupla função: reforça a condição de liberto e incentiva com o exemplo. M e R voltaram a frequentar *cracolândias* e bocas de fumo, depois de sua recuperação, para "falar do amor de Deus para as pessoas" (M), e L ministra cultos frequentemente. Todos têm como estratégia de evangelização suas próprias trajetórias.

Segundo M, "90% dos centros de recuperação evangélicos não têm apoio público", e há um fundo mantido por igrejas que financiam os tratamentos. Dois líderes evangélicos também contaram a respeito de parcerias com CT.

"É uma comunidade terapêutica, entendeu? Que é vinculada por parceria, todos os meses a gente envia uma verba. Hoje a gente já tem uma vaga ocupada lá por uma pessoa, e uma pessoa que já foi encaminhada por aqui hoje já está recuperada, que é membro da igreja". (igreja evangélica)

Segundo M, o trabalho conta com diversos 'profissionais evangélicos', como: psicólogos, advogados, assistentes sociais e médicos, em sua grande maioria, voluntários. O tratamento também pode ser conduzido pelos próprios pastores.

Alcançar a 'conversão' não é algo fácil, o que é referido por 'convertidos' e líderes: "de dez pessoas, três ficam" (líder evangélico). R conta sobre a influência do 'mal' na vida espiritual: "a gente sabe que isso são espíritos que têm o objetivo de matar, roubar e destruir". Um líder evangélico menciona o desafio de aderir à "disciplina de acordar naquele horário, de comer [naquele horário] e de reformular os hábitos", e outro cita que "se não tiver medicamento a gente não consegue manter [a pessoa no tratamento]".

Apesar de estes entrevistados afirmarem que as igrejas evangélicas são muito mais ativas nas ações de recuperação, pôde ser acompanhada, durante o trabalho de campo, uma atividade católica semanal na antiga cracolândia. Um grande grupo, composto por padres, jovens missionários e outros religiosos, levava alimentos, evangelizando e oferecendo ajuda para tratamento por meio de encaminhamento a uma CT católica.

Segundo o site oficial, esta CT possui nove casas "com internação totalmente gratuita". Um folheto informativo distribuído durante a atividade menciona que um dos objetivos das casas é "oferecer oportunidade de tratamento da dependência química, sistema ambulatorial e residencial, com programa terapêutico baseado em princípios cristãos, capazes de possibilitar condições favoráveis à abstinência".

Controvérsias entre a proposta psicossocial e o tratamento de base religiosa

Na visão psicossocial, particularmente dos profissionais de saúde mental, o tratamento oferecido pelas CT religiosas constitui uma forma de violência institucional. Muitas denúncias expõem a existência de maus-tratos e de violações de direitos em tais entidades, como apontou o relatório de inspeção do Conselho Federal de Psicologia⁶, colocando as CT na contramão das políticas contemporâneas de saúde mental e as aproximando dos antigos manicômios.

Elas reintroduzem o isolamento das instituições totais, propondo a internação e permanência involuntárias, centram suas ações na temática religiosa, frequentemente desrespeitando tanto a liberdade de crença quanto o direito de ir e vir dos cidadãos.⁶ (s/p)

Segundo o documento, 78% possuíam orientação religiosa: 29 eram evangélicas, nove católicas, uma espírita e 14 'religiosas' sem especificação. Havia obrigatoriedade de participação em atividades religiosas, ferindo o direito à escolha de outro credo ou, mesmo, de nenhum. Em muitos locais, inexistiam "funcionários, [mas] apenas religiosos, pastores, obreiros (quase sempre ex-usuários convertidos)" (p. 190); e, quando havia profissionais, sua atuação estava submetida a princípios morais e confessionais. Homossexuais e travestis, por possuírem uma sexualidade considerada desviante, eram discriminados, quando não também submetidos a ações de 'cura', ou seja, de mudança de orientação sexual.

Profissionais da saúde, entidades defensoras de direitos humanos, familiares e estudiosos tecem diversas críticas ao modelo das CT: ao manterem as pessoas apartadas da comunidade, perdem-se os vínculos sociais, educacionais, de emprego e de saúde; a recuperação não provoca uma confrontação do sujeito com as drogas, já que ele está isolado em um 'ambiente seguro'; muitas entidades funcionam precariamente; há administração de medicamentos sem prescrição médica; internações ocorrem indiscriminadamente, de forma involuntária e envolvendo comorbidade com doenças psiquiátricas; há relatos de fundamentalismo religioso, exploração do trabalho em nome da laborterapia e busca de lucro; existem disparidades entre o prescrito pelas políticas públicas e o praticado nas CT, com ênfase no modelo moral de tratamento e ausência de projetos terapêuticos individuais^{6,9,15,16,39,56}.

As CT referidas por 'convertidos' e líderes religiosos convergem em diversos pontos com tais questões: seu projeto terapêutico consiste em atividades religiosas e é dominante a presença de profissionais voluntários, também religiosos. O 'tratamento religioso' une, em geral, o uso de medicamentos, como foi exemplificado pelos 'convertidos' que narraram suas trajetórias de cuidado e de trabalho em centros de recuperação. Alguns, apesar de considerarem a fé como indispensável para

superar a dependência, também valorizaram o cuidado intensivo prolongado por parte de profissionais de saúde, o que não ocorre nos centros. Percebe-se que há, dessa forma, um imbricamento entre tratamentos de 'base laica' e de 'base moral-religiosa', dando um caráter *sui generis* às CT.

Tanto nos discursos dos entrevistados, como nos contatos informais de campo, os serviços da esfera pública, orientados pela filosofia da redução de danos, ficam invisibilizados. Um 'convertido' ex-dependente faz uma crítica severa a esses serviços, desqualificando-os em relação às entidades religiosas:

"Os abrigos que o Estado, a Prefeitura oferecem, eu não acredito no trabalho deles. Eles na verdade não têm amor ao próximo, porque pra você lidar com dependente químico, principalmente usuário de crack, você tem que ter amor para o seu próximo". (M)

Com o surgimento da questão social do crack, vem ocorrendo uma revisão das políticas de álcool e outras drogas, que passam a incluir as CT como equipamentos de saúde. O 'Plano Crack é Possível Vencer' encabeça essa discussão pública⁵⁷. Este Plano também representa uma disputa política de entidades religiosas por espaço público, financiamento e legitimidade de intervenção na 'questão social', como apontam Giumbelli⁵⁸, Birman⁵⁹ e Montero⁶⁰. Assim, o setor público dá continuidade ao seu projeto de transferência de recursos para entidades privadas, operando uma terceirização dos serviços.

O não-cumprimento do que prevê a política de saúde mental e a exígua quantidade de CAPS ad tornam as CT religiosas uma saída fácil para os gestores públicos, que abrem mão de sua responsabilidade pelo tratamento na orientação da redução de danos.

Localizando esta discussão num cenário mais amplo, vários autores remetem à tese de secularização, ou seja, à separação entre as esferas política e religiosa, apontando-a como um projeto inacabado⁵⁹⁻⁶². Segundo Parente⁶³ (p. 72), as religiões "ligando o espiritual ao material, guiam a práxis política, interferem na definição do que seja ético, orientam comportamentos interpessoais e afetam as relações internacionais". Giumbelli⁶⁴, trazendo problematizações à ideia de secularização, complexifica historicamente as relações entre Estado e religiões, rememorando desde as religiões estatais ou oficiais até os projetos de secularização, no advento da Modernidade. O autor nos apresenta a discussão sobre os novos movimentos religiosos que, por outro lado, ganham espaço social, significando um maior pluralismo religioso e colocando em xeque a questão da liberdade religiosa.

Mouffe⁶⁵ chama atenção para a presença da religião no espaço público e para sua relação com a política, considerando que não se trata de excluir as igrejas da inserção política, contanto que os grupos religiosos respeitem os limites constitucionais.

A igreja católica e algumas evangélicas sempre estiveram presentes em setores como educação e assistência, ou seja, faz parte de sua práxis realizar intervenções sociais de cunho confessional. Elas também são muito atuantes politicamente na vigilância do campo moral, quando algumas mudanças demandadas pela sociedade contrariam seus princípios. Políticos evangélicos militantes nas diversas esferas governamentais se movimentam na tentativa de sancionar leis que beneficiem seus interesses confessionais, como referem Parente⁶³, Velho⁶⁶ e Montero⁶⁰.

Giumbelli⁵⁸ (p. 89) também destaca o "impacto da inserção dos evangélicos na sociedade brasileira das últimas décadas", a força de sua organização e mobilização e sua conquista de espaço, incluindo a "execução de políticas públicas em parcerias com agências governamentais" para o enfrentamento da questão social. De fato, chama atenção a multiplicação de organizações não governamentais de cunho religioso que recebem vultosos repasses de verbas estatais para ações assistenciais. Montero⁶⁰ (p. 172) considera que, "nesse processo de ampliação das competências das igrejas evangélicas torna-se difícil distinguir se estamos diante de um arranjo religioso, ou de um arranjo empresarial", indicando o imbricamento entre a esfera pública e a religiosa.

Ressalta-se que não é questão desconsiderar o papel da dimensão religiosa, espiritual e do enfrentamento religioso²⁷ no processo de recuperação de doenças ou da dependência química, e como orientação particular de cada sujeito, ou como incremento em seu tratamento. Para os 'convertidos', o mais determinante na recuperação é "ter estado no lugar do outro" e "atuar com amor". Os religiosos

e ex-dependentes constroem, de um lado, uma narrativa sobre os 'viciados' e sobre o modo correto de viver. Insistentemente repetida, essa narrativa se torna parte da doutrinação religiosa; de outro, criam normas para organizar o cotidiano, que passa a ser regido por atividades de oração e de trabalho, por meio de uma disciplina que conforma e dociliza os sujeitos⁵³, regulamentando suas vidas⁵⁵.

O Estado financia, sem crítica, a ação de igrejas que impõem um credo religioso e um projeto terapêutico de base moral aos sujeitos, abrindo mão de uma política universal que beneficiaria o conjunto da população. Não se trata só de um erro, mas de uma fraqueza do poder público; é como se o Estado se apequenasse, desistisse de seu papel e do conhecimento técnico que seus profissionais detêm, a favor de um credo religioso e de um projeto terapêutico de base moral que colocam em jogo a laicidade constitucional da sociedade brasileira.

Conclusão

As instituições religiosas gestoras de CT tomam a decisão quanto à melhor forma de recuperar os dependentes, isto é, cabe a elas estabelecerem seu projeto terapêutico. Ao se basearem em um modelo moral que encara o uso de drogas como um distanciamento de Deus, sua forma de recuperação se dá a partir de uma aproximação com Ele. A capacidade transformadora da fé é o elemento mais importante neste processo.

Pode-se extrair que há uma contradição reinante entre os defensores das CT e os profissionais de saúde e de assistência social. Os primeiros expressaram, por meio do trabalho de campo, uma descrença em relação aos serviços públicos, qualificando-os como não confiáveis, e consideraram que os profissionais não se implicam na recuperação de dependentes de drogas.

Já os técnicos criticam a forma de tratamento operada pela oração, por atividades religiosas e pelo modelo de abstinência, considerando que está em total desacordo com as políticas de saúde mental já consolidadas, fruto de longa construção técnica e política, como se depreende da literatura, além dos discursos de movimentos sociais e de classe.

Mais do que oposição, no entanto, existe uma complementariedade entre tipos de tratamento 'científico' e 'religioso', uma vez que as CT estão integradas às práticas do estado, que, dessa forma, investe em políticas de cuidado contraditórias e, teoricamente, irreconciliáveis. Registrou-se que profissionais de saúde, cedidos pelo Estado, ou se voluntariando em seu tempo extra, estão inseridos em CT, não representando uma oposição ao projeto de tratamento institucional. Pelo contrário, colaboram com uma terapêutica que está de acordo com suas próprias crenças, o que nos faz problematizar o tipo de atendimento que fornecem nos serviços públicos.

Embora a maioria dos líderes religiosos considere o êxito da proposta religiosa, alguns reconheceram que os instrumentos de que dispõem são insuficientes para lidar com um problema tão complexo como o uso abusivo de drogas, qualificando suas ações como muito aquém da necessidade.

As CT de cunho religioso recebem apoio da população e investimentos, como se fossem a melhor opção para a recuperação e a reabilitação de dependentes, particularmente, de usuários de *crack*. Elas, de certa forma, respondem às angústias imediatas de usuários e familiares que não encontram respostas nos equipamentos públicos, em especial, ao retirarem da comunidade e aplicarem um tratamento, muitas vezes compulsório, ao sujeito dependente.

Como existem no cenário brasileiro, cabe ao Estado monitorar, fiscalizar e avaliar estas entidades. Mais do que isso, porém, urge investir no fortalecimento e na expansão dos serviços territoriais de saúde mental, em especial os CAPS ad, conforme já preconizado. Ao invés de abraçar um projeto terapêutico genérico, baseado em princípios religiosos-morais, terceirizando a atenção às CT, compete ao Estado fortalecer propostas de tratamento individualizadas, prezando por uma abordagem de cuidado que tenha como princípio o respeito aos sujeitos, ao seu direito de escolha e à sua inclusão no processo de restabelecimento da saúde.

Colaboradores

Fernanda Mendes Lages Ribeiro participou da elaboração, discussão, redação e revisão do texto. Maria Cecília de Souza Minayo participou da discussão, redação e revisão do artigo.

Referências

1. Rodrigues T. Drogas, proibição e abolição das penas. In: Passeti E, organizador. Curso livre de abolicionismo penal. 2a ed. Rio de Janeiro: Revan; 2004. p. 131-52.
2. Fiore M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: Carneiro H, organizador. Álcool e drogas na História do Brasil. São Paulo: Alameda; 2005. p. 257-90.
3. Araújo MR, Moreira FG. História das drogas. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 9-14.
4. Ribeiro FML. Justiça terapêutica tolerância zero: arregaçamento biopolítico do sistema criminal punitivo e criminalização da pobreza [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
5. Totugui ML, Giovanni M, Cordeiro F, Dias MK, Delgado PGG. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais – contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. In: Vasconcelos EM, organizador. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 93-113.
6. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia; 2011.
7. Lima RCC. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais – contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. In: Vasconcelos EM, organizador. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 75-92.
8. Rezende MM. Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. Rev Biocienc. 2000; 6(1):49-55.
9. Sabino NM, Cazenave SOS. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. Estud Psicol. 2005; 22(2):167-74.
10. Costa SF. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química [Internet] [acesso 2014 Abr 22]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%CDCAS%20P%DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf>
11. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): MS; 2003 (Série B, Textos Básicos de Saúde).
12. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
13. Serrat M. Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos [Internet]. 2002 [acesso 2014 Abr 7]. Disponível em: <http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas03.htm>
14. Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2007; 14(3):801-21.

15. Raupp LM, Milnitsky-Sapiro, C. A “reeducação” de adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicol Teor Pesqui.* 2008; 24(3):361-8.
16. Araújo MR. Comunidades terapêuticas: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Programa Álcool e Drogas. 2003 [acesso 2014 Abr 7]. Disponível em http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm
17. Kurlander PA. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(2):569-80.
18. Vasconcelos EM, organizador. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010.
19. Rabelo MC. Religião, ritual e cura. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. *Saúde e doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 47-56.
20. Minayo MCS. Representações da cura no catolicismo popular. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. *Saúde e doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 57-71.
21. Alves PC, Minayo MCS. *Saúde e doença: um olhar antropológico.* 3a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
22. Mariz C. Embriagados no Espírito Santo: reflexões sobre a experiência pentecostal e o alcoolismo. *Antropol Rev Contemp Antropol Cienc Polit.* 2003; 15: 61-82.
23. Mariz C. Alcoolismo, pentecostalismo e gênero. *Relig Soc.* 1994; 16(3):80-93.
24. Valla VV, organizador. *Religião e cultura popular.* Rio de Janeiro: DP&A; 2001.
25. Novaes RR. Pentecostalismo, política, mídia e favela. In: Valla VV, organizador. *Religião e cultura popular.* Rio de Janeiro: DP&A; 2001. p. 41-74.
26. Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
27. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol Reflex Crit.* 2005; 18(3):381-9.
28. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Revisão da literatura: qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiquiatr Clin* 2007; 34(1):105-15.
29. Lessa CF. A prática religiosa e a questão social: considerações sobre condições de vida e saúde na visão dos pastores e fiéis pertencentes à denominação metodista [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública; 2008.
30. Guimarães MBL, Valla VV, Lacerda A. As redes de apoio social constituídas por pastores e agentes comunitários de saúde evangélicos no âmbito do cuidado e atenção à saúde da população. *Relig Saude* [Internet]. 2009; 4(16) [acesso 2012 Fev 8]. Disponível em: http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod_artigo=318&cod_boletim=17&tipo=Artigos
31. Rocha MLA. O processo de recuperação do uso indevido de drogas em igrejas pentecostais Assembléia de Deus [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública; 2010.
32. Fernandes SRA. Marcos definidores da condição juvenil para católicos e pentecostais. *Relig Soc.* 2011; 31(1):96-125.
33. Dalgallarrondo P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião [editorial]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(3):177-8.

34. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e saúde. In: Salgado MI, Freire G, organizadores. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede; 2008. p. 247-443.
35. Dalgalarondo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007; 34(1): 25-33.
36. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7a ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.
37. Valderrutén MCC. Entre “teoterapias” y “laicoterapias”. Comunidades terapêuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicol Soc*. 2008; 20(1):80-90.
38. Fracasso L. Comunidades Terapêuticas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 61-9.
39. Damas FB. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Rev Saude Publica*. 2013; 6(1):50-65.
40. Observatório Crack, é Possível Vencer. Comunidades Terapêuticas [Internet] [acesso 2014 Abr 7]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>
41. Silva JL. Terapia de rede para adictos: programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas [tese]. São Paulo (SP): Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2011.
42. Silva JA, Garcia MLT. Comunidades terapêuticas religiosas no tratamento da dependência química no estado do Espírito Santo. *J Bras Psiquiatr*. 2004; 53(4):243-52.
43. Siqueira MM, Barbosa DA, Laranjeira R, Hopkins K. Psychoactive substances and specialized care. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(4):315-23.
44. Silva GG, Pinto MR, Machineski GG. Percepção dos familiares de usuários de substâncias psicoativas em relação ao tratamento em comunidades terapêuticas. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(3):475-81.
45. Pacheco AL, Scisleski A. Vivências em uma comunidade terapêutica. *Psicol Saude*. 2013; 5(2):165-73.
46. Participação cidadã na gestão da saúde de Manguinhos [Internet]. Rio de Janeiro [acesso 2012 Ago 14]. Disponível em: <http://participacaocidada.blogspot.com/p/manguinhos.html>
47. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. TEIAS. Caracterização do Território. [Internet]. Rio de Janeiro [acesso 2014 Maio 7]. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/saudedafamilia>
48. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
49. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades de Saúde. CAPS [Internet] [acesso 2014 Abr 30]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>
50. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Atendimento de Emergência em saúde mental na Cidade do Rio de Janeiro AP 3.1 [Internet]. Rio de Janeiro; 2012. [acesso 2014 Abr 29]. Disponível em: <http://cap31.blogspot.com.br/2012/11/atendimento-de-emergencia-em-saude.html>
51. Minayo MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
52. Foucault M. Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1986.
53. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.

54. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau; 1996.
55. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
56. Alves VS, Lima IMSO. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. Rev Direito Sanit. 2013; 13(3):9-32.
57. 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. Brasília (DF): MF; 2012.
58. Giumbelli E. A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil. Rel Soc. 2008; 28(2):80-101.
59. Birman P. Cruzadas pela paz: práticas religiosas e projetos seculares relacionados à questão da violência no Rio de Janeiro. Rel Soc. 2012; 32(1):209-26.
60. Montero P. Controvérsias religiosas e esfera pública: repensando as religiões como discurso. Rel Soc. 2012; 32(1):167-83.
61. Montero P. Religião, pluralismo e esfera pública no Brasil. Novos Est CEBRAP 2006; (74):47-65.
62. Pompa C. Introdução ao dossiê religião e espaço público: repensando conceitos e contextos. Rel Soc. 2012; 32(1):157-66.
63. Parente J. Fundamentalismo: teologia na nova ordem internacional. Rev Tensões Mund. 2005; 1(1):71-123.
64. Giumbelli E. O fim da religião: dilemas da liberdade religiosa no Brasil e na França. São Paulo: Attar Editorial; 2002.
65. Mouffe C. Religião, democracia liberal e cidadania. In: Burity JA, Machado MDC, organizadores. Os votos de Deus: evangélicos, política e eleições no Brasil. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Massangana; 2006. p. 15-28.
66. Velho O. A comunicação como paradigma da experiência religiosa. Rev Tensões Mund. 2008; 4(6):45-77.

Ribeiro FML, Minayo MCS. Las Comunidades Terapéuticas religiosas en la recuperación de dependientes de drogas: el caso de Manguinhos, Estado de Rio de Janeiro, Brasil. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):515-26.

Este artículo analiza el papel de las Comunidades Terapéuticas (CT) religiosas en la recuperación y rehabilitación de usuarios de drogas, tomando como caso el complejo de "favelas" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. El estudio contó con un abordaje cualitativo por medio de entrevistas, observación participante y materiales institucionales. Para la comprensión y la interpretación del material se utilizó el análisis de enunciación. Hay amplia presencia de instituciones religiosas que tienen la CT como propuesta de cuidado para la dependencia de drogas. Las principales formas de recuperación y rehabilitación son la evangelización y la conversión religiosa. Las CT confesionales conciben un modelo de tratamiento centrado en la oración y en la abstinencia, modelo que está en desacuerdo con las políticas públicas de salud mental. No obstante, los equipos públicos no han conseguido proporcionar respuestas eficaces a la demanda. La controversia generada por tal particular cierra este artículo.

Palabras clave: Comunidad Terapéutica. Drogas. Recuperación. Religión.

Recebido em 30/07/14. Aprovado em 12/03/15.