

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

WELLINGTON ROCHA NUNES



A RELIGIÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS E UMA  
EXPERIÊNCIA SOCIAL NO INSTITUTO DE CONSCIÊNCIA ANTIDROGAS (ICAD)

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação Profissional da Faculdade Unida de Vitória – 30/08/2022.

VITÓRIA-ES

2022

WELLINGTON ROCHA NUNES

A RELIGIÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS E UMA  
EXPERIÊNCIA SOCIAL NO INSTITUTO DE CONSCIÊNCIA ANTIDROGAS (ICAD)

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação Profissional da Faculdade Unida de Vitória – 30/08/2022.



Trabalho de Conclusão de Curso na forma de  
Dissertação de Mestrado Profissional como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade  
Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação  
em Ciências das Religiões. Área de  
Concentração: Religião e Sociedade. Linha de  
Atuação: Religião e Espaço Público.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

VITÓRIA-ES

2022

Nunes, Wellington Rocha

A religião nas comunidades terapêuticas brasileiras e uma experiência social no Instituto de Consciência Antidrogas (ICAD) / Wellington Rocha Nunes. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2022.

vii, 77 f. ; 31 cm.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2022.

Referências bibliográficas: f. 71-77

1. Ciências das religiões. 2. Religião e espaço público. 3. Comunidades terapêuticas. 4. Moral religiosa. 5. Práticas confessionais. 6. Instituto de Consciência Antidrogas. 7. Religiosidade. 8. Religião e comunidades terapêuticas. - Tese. I. Wellington Rocha Nunes. II. Faculdade Unida de Vitória, 2022. III. Título.

WELLINGTON ROCHA NUNES

A RELIGIÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS E UMA  
EXPERIÊNCIA SOCIAL NO INSTITUTO DE CONSCIÊNCIA ANTIDROGAS – ICAD

Trabalho de Conclusão de Curso na forma de  
Dissertação de Mestrado Profissional como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade  
Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação  
em Ciências das Religiões. Área de  
Concentração: Religião e Sociedade. Linha de  
Atuação: Religião e Espaço Público.

Data: 30 ago. 2022.



Francisco de Assis Souza dos Santos, Doutor em Teologia, UNIDA (presidente).



Abduschin Schaeffer Rocha, Doutor em Teologia, UNIDA.



Nelson Lellis Ramos Rodrigues, Doutor em Sociologia Política.

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, por me fortalecer e ser soberano em minha vida.

À minha família, que está sempre ao meu lado, confortando-me e fortalecendo-me a cada dia. À minha esposa, Edileuma, que sempre está ao meu lado e também me fortalece. À minha filha, Gabriele Júlia Rodrigues Nunes.

Ao meu pai, Sebastião Nunes Neto, *in memoriam*, e à minha mãe, Julieta Rocha Nunes, *in memoriam*.

Aos/às amigos/as que estão sempre contribuindo no dia a dia.

Ao diretor do ICAD, Jucelino, por permitir a realização da pesquisa e dar todo o suporte necessário.

À equipe do ICAD, que não mediu esforços para a realização da pesquisa de campo realizada.

Ao meu orientador, Francisco de Assis Souza Santos, e aos/às professores/as da Faculdade Unida de Vitória, pelo conhecimento transmitido ao longo dessa jornada e, também, por me acompanhar no desenvolvimento desta pesquisa e na realização do mestrado.

## RESUMO

O objetivo da pesquisa consiste em analisar a influência da religião no tratamento de dependentes químicos nas comunidades terapêuticas brasileiras, a partir de uma observação participativa numa comunidade terapêutica localizada no Espírito Santo. Pretende-se compreender quais as contribuições podem se originar a partir da relação dessas comunidades com o fenômeno religioso. A pesquisa recorre ao pensamento de Michel Foucault no intuito de delinear as noções de moral religiosa e práticas confessionais, que, de acordo com a pesquisa, estão no pano de fundo do tratamento ofertado pelas comunidades religiosas brasileiras. Para tanto, o primeiro capítulo reflete sobre os aspectos legais, institucionais e profissionais que envolvem o tratamento de adictos nas CTs brasileiras. O segundo capítulo elabora as bases teóricas da pesquisa, especialmente nas noções de moral e ética, para situar as comunidades terapêuticas brasileiras como espaços em que circulam concepções morais e éticas perpassadas pela moral religiosa e pelas práticas confessionais. O terceiro capítulo apresenta uma proposta profissional para o tratamento de pessoas com dependência química a partir de uma breve adequação de um modelo de cuidado espiritual, que pode ser considerado uma abordagem holística do cuidado com essas pessoas. É possível concluir que há muitos desafios para o tratamento das pessoas com dependência química nas comunidades terapêuticas brasileiras, e a pesquisa apresenta uma alternativa para reduzir os efeitos nocivos que a moral religiosa e as práticas de confissão podem gerar sobre o tratamento e a recuperação dos dependentes químicos.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas. Religião. Moral Religiosa. Práticas Confessionais. Instituto de Consciência Antidrogas.

## ABSTRACT

*The purpose of the research is to analyze the influence of religion on the treatment of chemical dependents in Brazilian therapeutic communities, based on a participatory observation in a therapeutic community located in Espírito Santo. It is intended to understand what contributions can originate from the relationship of these communities with the religious phenomenon. The research uses the thought of Michel Foucault in order to outline the senses of religious morality and confessional practices, which, according to the research, are in the background of the treatment offered by Brazilian religious communities. The first chapter reflects on the legal, institutional and professional aspects that involve the treatment of addicts in Brazilian TDs. The second chapter elaborates the theoretical bases of research, especially in the conceptions of morals and ethics, to situate Brazilian therapeutic communities as spaces in which moral and ethical conceptions permeated by religious morality and confessional practices circulate. The third chapter presents a professional proposal for the treatment of people with chemical dependence from a brief adequacy of a spiritual care model, which can be considered a holistic approach to care for these people. It is possible to conclude that there are many challenges for the treatment of people with chemical dependence in Brazilian therapeutic communities, and the research presents an alternative to reduce the harmful effects that religious morals and confession practices can generate on the treatment and recovery of drug addicts.*

*Keywords: Therapeutic Communities. Religion. Religious Morality. Confessional Practices. Instituto de Consciência Antidrogas.*

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 O TRATAMENTO DE ADICTOS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS: QUESTÕES LEGAIS, INSTITUCIONAIS E PROFISSIONAIS .....	12
1.1 As políticas públicas de combate ao consumo de drogas .....	12
1.2 Comunidades Terapêuticas no Brasil .....	19
1.3 O Serviço Social no tratamento com dependentes químicos.....	30
2 A RELIGIÃO E O MODELO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS	36
2.1 A moral, a ética e as CTs brasileiras .....	36
2.2 O funcionamento das CTs brasileiras: a moral religiosa e as práticas confessionais.....	41
2.3 A religião e o tratamento das CTs brasileiras.....	48
3 A RELIGIÃO NO INSTITUTO DE CONSCIÊNCIA ANTIDROGAS: PROPOSTA PROFISSIONAL PARA O TRATAMENTO DOS ADICTOS .....	55
3.1 O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual.....	55
3.2 O ICAD e o tratamento com os adictos.....	58
3.3 Propostas profissionais que envolvem um modelo de cuidado espiritual .....	64
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS .....	71
ANEXO A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	78
ANEXO B: DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE PESQUISA DE CAMPO – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	79
ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	80

## INTRODUÇÃO

No território brasileiro, as Comunidades Terapêuticas (CTs) estão ligadas às igrejas cristãs evangélicas, católicas e religião espírita. As CTs brasileiras constituem um ambiente estruturado para atender às demandas com pessoas com dependência química, que apresentam transtornos por uso de substâncias psicoativas. O objetivo das CTs é proporcionar a recuperação dessas pessoas e a reinserção na sociedade. Nas CTs, o tratamento pressupõe o isolamento dessas pessoas, e elas são mantidas em atividades laborais, terapêuticas e religiosas.<sup>1</sup> Por isso, a presente pesquisa se debruça sobre as CTs, pensando especialmente em sua relação com a religião.

É importante mencionar que ainda não foi estabelecido um perfil em relação às pessoas com dependência química, pois não é possível traçar um padrão populacional capaz de distinguir essas pessoas pela faixa etária, nível social, econômico ou cultural e, até mesmo, pelo gênero. Mas, é possível detectar que as CTs foram criadas no intuito de oferecer uma resposta para os problemas provenientes desse tipo de dependência. Por isso, as CTs se estruturam para realizar um tratamento em que o adicto é considerado o principal protagonista de sua recuperação.<sup>2</sup>

Dessa forma, a pesquisa pretende analisar a influência da religião no tratamento de dependentes químicos das CTs brasileiras, privilegiando especialmente o Instituto de Consciência Antidrogas (ICAD), que é uma CT localizada no Estado do Espírito Santo, destinada ao desenvolvimento de atividades de assistência psicossocial para promover a saúde de pessoas portadoras de distúrbios psíquicos, deficiência mental e pessoas com dependência química. No ICAD, a religião se mostra bastante presente e influente, sobretudo no que toca à moral religiosa e o desenvolvimento de práticas confessionais.

A pergunta-problema que norteia a pesquisa é a seguinte: como a religião pode contribuir para o tratamento de adictos nas CTs brasileiras, a partir de um estudo realizado numa CT do Espírito Santo? A hipótese é que existe a necessidade de desenvolver modelos de cuidado espiritual, colocando a interdisciplinaridade e o adicto no centro do tratamento, ou seja, a ênfase não recairia mais sobre a moral religiosa ou sobre as práticas confessionais notadas no interior do ICAD e de muitas CTs brasileiras, e sim no trabalho a ser realizado

---

<sup>1</sup> FOSSI, Luciana B.; GUARESCHI, Neuza M. F. O modelo de tratamento das Comunidades Terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015. p. 96.

<sup>2</sup> SABINO, Nathalí D. M.; CAZENAVE, Sílvia O. S. Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 167-174, 2005. p. 171.

pela equipe multiprofissional, que inclui a atuação de um profissional com habilidades para lidar com o fenômeno religioso e suas complexidades. Esse profissional pode ser um teólogo, um cientista da religião, entre outros que se debruçam sobre a religião e suas relações com o espaço público.

Considera-se, de antemão, que essas características ajudam a desvelar outro aspecto relacionado às CTs brasileiras, que informa que elas, muitas vezes, são compreendidas como ambientes residenciais que oferecem certa segurança, pela abstinência ao uso de substâncias psicoativas, como também oferecem uma convivência harmoniosa, que tem um papel preponderante no tratamento terapêutico que realizam. Esse tratamento terapêutico, de modo amplo, ressoa claramente a presença do fenômeno religioso no interior das CTs brasileiras. Nesse sentido, o modelo de tratamento residencial pressuposto nas CTs brasileiras se estabelece sob a premissa de que, uma vez que as mudanças esperadas no comportamento da pessoa com dependência não acontecem, estabelece-se a necessidade de alterar sua condição, seu meio ambiente ou até mesmo removê-la da situação em que o consumo se dá.<sup>3</sup>

O referencial teórico da pesquisa segue o pensamento de Michel Foucault, na tentativa de explicar as noções de moral religiosa e de práticas confessionais, além de tentar elucidar a questão do instinto para pessoas com dependência química. As ideias desse autor ajudam a vincular as práticas de confissão e a moral religiosa à busca dos adictos pela verdade sobre si acerca das causas que os fazem consumir as substâncias psicoativas, bem como sobre o mal que esse consumo causa ou o erro que representa diante dos pressupostos religiosos apresentados nas CTs para eles.

Depreende-se que a escolha desse referencial teórico é pertinente, à medida que as ideias de Michel Foucault se mostram relevantes para interpretar o fenômeno religioso no interior das CTs brasileiras. A análise, a partir de Foucault, contribui para desvelar um conjunto de operações que se desenvolvem no cotidiano das CTs de modo subjacente, bem como suas ideias lançam novas luzes sobre a prática realizada no tratamento dos adictos. A escolha desse referencial não esgota a questão, pelo contrário, ele poderá ser aplicado em pesquisas futuras, especialmente sobre as práticas discursivas que perpassam o contexto das CTs brasileiras, ou as práticas de subjetivação, etc.

A metodologia da pesquisa busca compreender a realidade do tratamento no ICAD do ponto de vista de seus participantes, o que incluiu os adictos e a equipe multiprofissional que atua nessa CT capixaba. Reconhece-se, sobretudo, a experiência vivida naquele espaço

---

<sup>3</sup> SABINO; CAZENAVE, 2005, p. 169.

terapêutico e o impacto da religião no tratamento dos adictos. Por isso, a metodologia elencada é a observação participante, pois procura-se compreender aquela realidade na perspectiva de quem dela participa. A observação participante possibilita, dessa forma, uma profunda imersão na realidade do ICAD.<sup>4</sup>

Espera-se que, através da observação participante, a análise dos discursos individuais que circulam nas CTs brasileiras e na CT capixaba, que será objeto de análise, desembocará em interpretações e conclusões plausíveis sobre a influência da religião nesses espaços. A hipótese da pesquisa é formulada a partir dessa metodologia, pois ela contribui com uma intensa participação do autor da pesquisa no ambiente de uma CT localizada no Estado do Espírito Santo. A observação participante, nesse sentido, proporciona um processo de socialização com os adictos, com a equipe multiprofissional, que apoia a CT capixaba em análise, e com os líderes – religiosos – daquela instituição. Ou seja, o autor da pesquisa conseguiu se inserir no espaço de uma CT capixaba, passando a ser considerado, muitas vezes, como um membro da comunidade, e esse processo possibilitou resultados confiáveis para a elaboração desta pesquisa.

Para desenvolver suas propostas teóricas e profissionais, a pesquisa se dividiu em três capítulos. O primeiro capítulo reflete sobre os aspectos legais, institucionais e profissionais que envolvem o tratamento de adictos nas CTs brasileiras. As políticas públicas mostram que há um espaço privilegiado para o Serviço Social, e a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) caracteriza a atividade dos/as profissionais desse campo como um trabalho efetivo na defesa de direitos capaz de intensificar os esforços na busca pela prevenção e ação terapêutica em relação ao consumo de drogas. Logo, depreende-se que os/as profissionais do Serviço Social possuem competências para elaborar análises fundamentais, bem como podem responder questões inerentes às necessidades dos adictos.

O segundo capítulo analisa a relação entre a religião e as CTs brasileiras, a partir das questões morais e éticas que perpassam o tratamento nelas realizado. Nesse capítulo, constrói-se as bases teóricas da pesquisa, especialmente nas noções de moral e ética em Michel Foucault, o que contribui para situar as CTs brasileiras como espaços em que circulam concepções morais e éticas perpassadas pela moral religiosa e pelas práticas confessionais.

O terceiro e último capítulo apresenta uma proposta profissional para o tratamento com os adictos no interior das CTs brasileiras, a partir do estudo desenvolvido no ICAD. Trata-se de uma breve adequação de um modelo de cuidado espiritual, que pode ser

---

<sup>4</sup> O'LEARY, Zina. *Como fazer seu projeto de pesquisa: guia prático*. Petrópolis: Vozes, 2019. p. 188-195.

considerado uma abordagem holística do cuidado com o adicto. O capítulo apresenta ainda as principais características desse modelo de cuidado espiritual, o ICAD e esboça as propostas profissionais de tratamento para as CTs brasileiras, sobretudo para o ICAD, que representa o espaço no qual o autor da pesquisa atuou como observador participante.

À guisa de conclusão, depreende-se que há muitos desafios para o tratamento dos adictos no interior das CTs brasileiras. As propostas levantadas na pesquisa não esgotam a questão, mas apresentam uma alternativa que, no mínimo, diminua os efeitos nocivos que a moral religiosa e as práticas de confissão podem gerar sobre o tratamento e a recuperação dos adictos nas CTs brasileiras.



## 1 O TRATAMENTO DE ADICTOS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS: QUESTÕES LEGAIS, INSTITUCIONAIS E PROFISSIONAIS

O objetivo deste primeiro capítulo consiste em refletir sobre as questões legais, institucionais e profissionais que envolvem o tratamento de adictos nas CTs brasileiras. As políticas públicas abrem um espaço especial para o Serviço Social, e a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) caracteriza a atividade dos/as profissionais desse campo como um trabalho efetivo na defesa de direitos capaz de intensificar os esforços na busca pela prevenção e ação terapêutica em relação ao consumo de drogas. Logo, ao refletir sobre os aspectos legais, institucionais e profissionais em torno do tratamento dessas pessoas na CTs, depreende-se que os/as profissionais do Serviço Social possuem competências para elaborar análises fundamentais, bem como podem responder questões inerentes às necessidades dos adictos.

### 1.1 As políticas públicas de combate ao consumo de drogas

As substâncias psicoativas ou drogas “quando consumidas, têm a capacidade de alterar os processos psicológicos, promovendo alterações na percepção, no humor, no sentimento”<sup>5</sup> das pessoas. Na legislação vigente, isto é, na Lei 11.343/2006, elas são classificadas como “substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”<sup>6</sup>. Segundo Isabella Silva, o consumo de drogas pode ser estimulado por alguns fatores, tais como, o desaparecimento de paradigmas religiosos e morais antigos, instabilidade econômica ou política, etc. Esses fatores podem gerar um sentimento de insegurança e de estresse, fomentando a busca por novos prazeres com destaque para o uso de drogas. A autora ainda explica que, na esfera familiar, a carência afetiva, as brigas ou até mesmo o uso por parte de um familiar propiciam, também, o consumo dessas substâncias.<sup>7</sup>

A Portaria nº 344 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresenta a seguinte classificação: a) substâncias lícitas – produzidas e comercializadas livremente, sem

<sup>5</sup> MACIEL, Sandra F. A percepção dos assistentes sociais e psicólogos inseridos nas comunidades terapêuticas: possibilidades e desafios em sua prática profissional. In: OBSERVATÓRIO CAPIXABA [Site institucional]. 2018. [online]. p. 1.

<sup>6</sup> BRASIL. Secretaria Geral. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. [Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD]. Brasília: Presidência da República. [online]. [n.p.].

<sup>7</sup> SILVA, Isabella M. A política de drogas no Brasil: análise da viabilidade da redução de danos dentro do sistema proibicionista. *Revista ICex*, Franca, v. 5, n. 1, p. 397-418, 2020. p. 399.

risco de punição, tais como, o cigarro ou nicotina, bebidas alcoólicas, anorexígenos para redução de apetite e benzodiazepínicos para redução ou controle da ansiedade, entre outros; b) substâncias ilícitas – abrange todas as espécies de drogas proibidas por lei para o consumo ou comercialização, incluindo a maconha/marijuana, cocaína, heroína, LSD e o *crack*.<sup>8</sup>

Em 2019, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) apresentou um retrato acerca do uso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil. De acordo com o estudo, cerca de cinco milhões de pessoas consumiram algum tipo de droga ilícita no período de doze meses antes do questionário ser aplicado. Houve controvérsias em torno da pesquisa, por parte do Governo Federal e do Ministério da Cidadania, entretanto, os resultados da pesquisa foram divulgados, sem o símbolo do Ministério da Justiça na notícia. Num breve recorte da pesquisa, afirmou que, muitas vezes, o uso de drogas ilícitas abre lacunas para outros vícios, pois “uma coisa vai puxando a outra”<sup>9</sup>.

O consumo de drogas lícitas e ilícitas também pode ser considerado um problema de saúde pública. De acordo com Fabrício Sezorte e Jandiele Silva, trata-se de “um problema social que envolve conflito entre liberdades individuais e coletivas, conflito cultural, saúde pública, criminalidade, violência, soberania estatal e vultosas somas e interesses financeiros”<sup>10</sup>. Além disso, o autor e autora entendem que o uso exacerbado dessas substâncias pode desencadear a dependência química. Em suas palavras, a dependência química:

É uma síndrome caracterizada pelo uso continuado e pelo alto grau de dependência, pois o usuário em buscando bem-estar, prazer, satisfação ou esquecer as dificuldades da vida, acaba perdendo o controle e o limite para cessar o uso, fazendo assim com que a sua dependência passe a afetar a vida psíquica, emocional e física dos usuários, passando a ser um problema biopsicossocial, tendo em vista que essa é uma doença por sua vez envolve não só o indivíduo como também desencadeia dificuldades na relação intrafamiliar e comunitária.<sup>11</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a dependência química como uma doença crônica progressiva, capaz de desencadear outras doenças e causar a morte. No Brasil, o tratamento de pessoas com dependência química pode acontecer no Sistema Único

<sup>8</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998*. [Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial]. Brasília: Ministério da Saúde. [online]. [n.p.].

<sup>9</sup> FIOCRUZ. *Levantamento da Fiocruz revela panorama do uso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil*. 09 ago. 2019. [online]. [n.p.].

<sup>10</sup> SEZORTE, Fabrício O. F.; SILVA, Jandiele V. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas (SPA) acolhidos na Comunidade Terapêutica Religiosa Shalom. *Revista Valores*, Volta Redonda, v. 4, p. 426-439, 2019. p. 428.

<sup>11</sup> SEZORTE; SILVA, 2019, p. 428.

de Saúde (SUS), nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),<sup>12</sup> nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nas CTs. A Lei 11.343/2006 preconiza que a internação de adictos nas CTs deve ser sempre realizada de forma voluntária.<sup>13</sup>

Um relatório emitido pela OMS aponta que a Covid-19 impactou profundamente os mercados de drogas em nível global, embora os seus efeitos ainda não sejam completamente conhecidos. Para a OMS, esse impacto está ligado ao aumento do desemprego e à redução de oportunidades provocada pela pandemia, que, de certa forma, afetou desproporcionalmente as camadas mais pobres da sociedade. Ou seja, “os grupos vulneráveis e marginalizados, jovens, mulheres e as camadas mais pobres pagam o preço do problema das drogas no mundo”<sup>14</sup>. Essa realidade, certamente, inclui o cenário brasileiro e sua população.

Embora a legislação vigente estabeleça esses critérios, verifica-se a necessidade de construir redes especializadas para o acompanhamento, tratamento e reabilitação de dependentes químicos no Brasil. Por se tratar de um problema complexo, que não se resolve com meros atendimentos ou avaliações, exige-se a formação de equipes multidisciplinares qualificadas, instituições bem estruturadas e a garantia de direitos integrais de saúde – por sua prevenção e promoção –, visando atender essas pessoas enquanto cidadão, na inserção da família e no tratamento.<sup>15</sup>

As políticas públicas destinam-se ao controle e ao combate do consumo de drogas e representam “um conjunto de ações que o Poder Executivo idealiza e implementa, visando a satisfação e o bem comum da sociedade. As ações que são desenvolvidas através das políticas públicas influenciam e interferem na vida de todos de alguma maneira”<sup>16</sup>. O Brasil aderiu os princípios da política mundial sobre drogas, oriunda da XX Assembleia Geral Especial da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1998. O resultado dessa adesão culminou na criação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e do Conselho Nacional

---

<sup>12</sup> O CAPS é um serviço de atenção diária em saúde mental, que privilegia o coletivo sem desconsiderar a singularidade de cada sujeito ao qual se propõem a assistir. Esses serviços fazem parte de uma rede de assistência em saúde mental composta, que, ao integrar outros serviços, articula-se entre si e com o meio social em substituição ao modelo asilar. No acompanhamento da equipe multiprofissional do tratamento das pessoas atendidas pelo CAPSAD, é muito comum verificar recaídas no estado de abstinência de alguns usuários. Por essa razão, são proferidas reuniões dos profissionais toda semana para a reflexão e análise. Saiba mais: SOUZA, Maria C. P.; ARAÚJO, Mayza C. O trabalho do/a assistente social com usuários de álcool e drogas no CAPS AD. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS), XVI, 2019, Brasília. *Anais...* Brasília: CBAS, 2019. p. 1-12. [pdf]. p. 3.

<sup>13</sup> BRASIL, 2006, [n.p.].

<sup>14</sup> UNODC. *Relatório mundial sobre drogas 2020: consumo global de drogas aumenta, enquanto COVID-19 impacta mercados*, aponta relatório. 25 jun. 2020. [online]. [n.p.].

<sup>15</sup> FORMIGONI, Maria Lucia O. S. *Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas*. 11. ed. Brasília: SNP, 2017. p. 68.

<sup>16</sup> BOHRER, 2018, p. 13.

de Políticas sobre Drogas (CONAD).<sup>17</sup> Em 2002, o Decreto nº 4.345/2002 estabeleceu a Política Nacional Antidrogas (PNAD), sendo alterada sua nomenclatura, em 2004, para Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Esse é um reflexo de um paradigma internacional, do Governo Federal e da população em relação ao embate contra o consumo e a dependência de drogas.<sup>18</sup>

As políticas públicas de embate às drogas no Brasil possuem, em sua estrutura, as lógicas antagônicas da segurança e da saúde pública expressas no embate entre as políticas patrocinadas pelo Governo Federal, a saber, a Política Nacional Antidrogas, que foi regulamentada, em 2003, pela Secretaria Nacional Antidrogas. Essa lei foi criada pela medida provisória 1.689/1998, porém foi alterada pela SENAD e pela Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, em 2004.<sup>19</sup>

De acordo com Jonatas Carvalho, a legislação brasileira:

Ainda reitera a política proibicionista, prevendo graves sanções ao tráfico, mesmo quando o indivíduo se envolve individualmente com o sistema de tráfico de drogas, e mescla esse processo a sutis alternativas terapêuticas para dependentes. Com o detalhe de não ter descriminalizado o usuário, mas apenas retirado a pena privativa de liberdade antes prevista.<sup>20</sup>

No Brasil, a política de segurança pública segue a lógica do proibicionismo, em contraposição ao desenvolvimento do SUS e da Reforma Psiquiátrica, em que o cuidado à saúde não deveria estar vinculado à moralização do consumo de drogas. A tese do tratamento para usuários de drogas na política pública de saúde se fundamenta na doutrina da Redução de Danos<sup>21</sup>, que não busca decisivamente a abstinência. Assim, há uma luta, uma rivalidade inclusive entre os gestores e trabalhadores da saúde, responsáveis pelos cuidados na doutrina

---

<sup>17</sup> Até 2019, a política pública brasileira sobre SPA era comandada pela SENAD, que foi criada pela Medida Provisória n. 1.669, de 1998, e, posteriormente, transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011. A mesma situação ocorreu com o CONAD e com a gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Saiba mais em: FEITOSA, Ana N. C.; GARCIA FILHO, Carlos. *Processo de trabalho em comunidade terapêutica e a política sobre drogas no Brasil*. Fortaleza: Quipa, 2020. p. 23.

<sup>18</sup> FEITOSA; GARCIA FILHO, 2020, p. 38.

<sup>19</sup> FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 96.

<sup>20</sup> CARVALHO, Jonatas C. A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras conferências internacionais do ópio. *Revista Oficina do Historiador*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 153-176, 2013. p. 163.

<sup>21</sup> A redução de danos se compõe de diversas estratégias que objetivam minimizar os danos que as drogas causam no usuário, ofertando um tratamento individualizado. Também entende que nem todas as pessoas desejam parar de usar drogas. Esse modelo busca inserir os usuários na sociedade para evitar a marginalização e é aberto a multidisciplinariedade [...]. A redução de danos prega que o indivíduo deve participativamente do seu tratamento, ele deve querer aquilo. O tratamento também é individualizado, pois cada droga afeta uma pessoa de maneira diversa, então não tem como um mesmo tratamento ser eficaz para todos os usuários[...] ser voluntária e oferecida pelo Sistema Único de Saúde [...]. O tratamento não visa a abstinência e 'cura', mas sim uma moderação". SILVA, 2020, p. 406.

da Redução de Danos e na defesa do SUS, em virtude da característica proibicionista do tratamento aplicado nas CTs.<sup>22</sup> Nas palavras de Fernandi Damas:

A atual desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção para a iniciativa privada ou individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes e não à responsabilidade pública do Estado. Aqui, as Comunidades Terapêuticas executam o que seria de responsabilidade estatal e de interesse público, [...] dificultando o acesso a direitos e cidadania.<sup>23</sup>

Nesse sentido, as lacunas observadas nas políticas públicas brasileiras abrem espaço para a atuação das CTs. Entretanto, a PNAD buscou concentrar esforços a partir dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário nas esferas do Governo Federal, Estadual e Municipal, no intuito de implementar ações e mobilizar a sociedade em relação ao reconhecimento da prevenção como a estratégia mais adequada do que a repressão.<sup>24</sup>

Nota-se que atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice dessa política, transformando-se em um tema cada vez mais importante, ainda que persistam as contradições de uma estrutura político-organizacional militarizada no embate contra as drogas. De acordo com Andrea Wolmann, uma grande alteração ocorreu com “distinção realizada entre as atividades antidrogas e aquelas prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, e incentivo às pesquisas relacionadas com a temática”<sup>25</sup>.

O sistema legal brasileiro, em relação ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, pode ser considerado falho ou ineficiente em alguns aspectos. De acordo com Pedro Fava, as lacunas podem ser notadas, especialmente, no enfraquecimento das famílias, pois, segundo ele:

A lei é basicamente aplicada da forma como está escrita sendo possível fazer uma analogia de que: ‘mexeu com droga, então deve ser preso’, assim ignorando tudo o que gira em torno do porquê essa pessoa escolheu ‘mexer com drogas’. A reformulação desse sistema de luta contra as drogas, da legislação que criminaliza e da forma como ela é interpretada é algo que deve ser avaliado, pois, se não, apenas estaremos fortalecendo mais ainda essa rede criminosa [...] como foi na época da lei seca nos Estados Unidos da América, que, por conta de uma lei que proibia o consumo de bebidas alcoólicas, nasceu uma das maiores e mais famosas redes de tráfico e crime organizado do mundo [...], e não sendo muito diferente do que ocorre nos dias de hoje dentro das favelas e comunidades, onde as milícias e traficantes

<sup>22</sup> FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 96.

<sup>23</sup> DAMAS, Fernandi B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista Saúde Pública*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013. p. 53.

<sup>24</sup> SANTOS, Arlei R.; FREITAS, Tais P. O serviço social na prevenção de drogas: desafios interdisciplinares para o trabalho profissional. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR (UNESP), VIII, 2012, Franca. *Anais...* Franca: UNESP, 2012. p. 1-10. [pdf]. p. 2.

<sup>25</sup> WOLMANN, Andrea M. Drogas, violência, criminalização ao uso de psicoativos e direitos humanos: contribuições para um debate necessário. *Revista de Ciências Sociais*, São Paulo, a. 3, n. 8, p. 46-75, 2009. p. 57.

controlam as vidas dos que moram nesses locais e nem mesmo a polícia militar e o exército conseguem ser efetivos contra esse controle.<sup>26</sup>

Com a Portaria nº 1.059/2005, o Ministério da Saúde passou a dar suporte financeiro para o desenvolvimento de ações de redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas (CAPS AD).<sup>27</sup> A partir da Lei nº 11.343/2006, passou a vigorar uma nova legislação sobre drogas, substituindo a antiga Lei nº 6.368/1976. A aprovação da Lei nº 10.409/2002 estava relacionada com a matéria processual penal sobre drogas, sendo vetada pelo Governo Federal a parte que tratava do direito penal material, negando a renovação da política criminal de drogas nacional, considerada um fracasso. A Lei nº 11.343/2006, dessa forma, buscou unificar as matérias penais e processuais em relação aos crimes relacionados com as drogas. Apesar das mudanças da nova lei de drogas, manteve-se o sistema proibicionista implementado pela lei anterior, conservando, assim, a abstinência e a visão moralizadora em relação aos usuários de drogas, estabelecendo novos tipos penais e aumento das penas pelo tráfico de drogas.<sup>28</sup>

A PNAD está estruturada em cinco eixos, a saber: prevenção; tratamento e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; redução da oferta de drogas; e estudos, pesquisas e avaliações. Todavia, poucos foram os dispositivos criados para o cuidado e para a atenção aos dependentes químicos, aumentando, assim, a sua fragilidade.<sup>29</sup> Com o surgimento dos novos dispositivos de atenção à saúde mental, verificou-se a necessidade de organização dos fluxos entre os serviços oferecidos, buscando otimizar a efetividade do cuidado ao usuário/dependente químico que procura de um atendimento. Surgiu, então, através da Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, a Rede Atenção Psicossocial (RAPS).<sup>30</sup>

As práticas de cuidado atuais em relação à saúde mental ainda são fundamentadas no paradigma da abstinência. Por exemplo, o Programa dos Doze Passos, criado pelos grupos de ajuda do Narcóticos Anônimos (NA) e Alcoólicos Anônimos (AA), muitas vezes, são

---

<sup>26</sup> FAVA, Pedro C. A política de drogas brasileira e suas falhas. In: JUSBRASIL [Site institucional]. 01 out. 2019. [online]. [n.p.].

<sup>27</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005. [Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas e dá outras providências]. Brasília: Ministério da Saúde. [online]. [n.p.].

<sup>28</sup> CARVALHO, Salo. *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da lei 11.343/06*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 254.

<sup>29</sup> FERNANDES, Sara S.; MARCOS, Cristiane B.; KASZUBOWSKI, Erikson; GOULART, Leonardo S. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados dos identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Revista Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 131-137, 2017. p. 132.

<sup>30</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. [Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde. [online]. [n.p.].

adaptados de modo acrítico para a realidade dos serviços da rede de saúde mental, em que tais práticas integram alternativas direcionadas para a atenção aos dependentes químicos de drogas e álcool. Entre as CTs, a lógica da abstinência e da medicalização é pacificada, integrando as estratégias motivacionais e inúmeras outras práticas terapêuticas, mas, que, contudo, ainda não são reconhecidas na esfera do conhecimento clínico, ético e político da Psicologia.<sup>31</sup>

No ano de 2018, algumas transformações ocorreram nas diretrizes da CONAD na busca de um alinhamento com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, propondo ações de prevenção, promoção à saúde e tratamento fundamentado na ciência e, nesse caso específico, na prática médico-psiquiátrica. Segundo Isabella Silva, essa postura reafirma o apoio às CTs na RAPS em oposição à legalização das drogas, resgatando a abstinência no tratamento de dependentes químicos.<sup>32</sup>

Com a promulgação do Decreto nº 9.761/2019, criou-se a Nova Política Nacional sobre Drogas no Brasil, substituindo o Decreto nº 4.345/2002. A estratégia dessa nova política em relação ao tratamento de usuários de drogas enfatiza a abstinência em detrimento da estratégia da redução de danos prevista no antigo Decreto. Na Lei 9.761/2019, as CTs passam a ter maior importância, aporte financeiro e social do Governo Federal.<sup>33</sup> A edição da Lei nº 13.840/2019 reformulou vários aspectos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD),<sup>34</sup> alterando as condições para o tratamento do dependente químico e permitindo sua internação involuntária, através de terceiros, familiares ou responsável legal. Na ausência de responsáveis, o pedido pode ser realizado por um servidor público da área da saúde, sem autorização judicial. Nesse mesmo ano, a Lei nº 10.216/2001 foi revogada.<sup>35</sup>

A Lei 13.840/2019 foi um instrumento político que consagrou as CTs como um elemento de atenção e tratamento para os dependentes químicos, fortalecendo-as estruturalmente e ampliando a destinação de recursos políticos para sua manutenção. A lógica do tratamento das CTs ainda considera a abstinência como a melhor opção para o dependente

---

<sup>31</sup> SILVA, Marcus V. O. A constituição do campo de cuidados relacionado ao uso de drogas no Brasil: valores, ideias e práticas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências técnicas para atuação de psicólogas/os em políticas públicas de álcool e outras drogas*. Brasília: CFP, 2019. p. 37-48.

<sup>32</sup> SILVA, 2020, p. 406.

<sup>33</sup> SILVA, 2020, p. 406.

<sup>34</sup> O SISNAD é o conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas, nele incluem-se por adesão, os sistemas de políticas públicas sobre drogas dos Estados, Distrito Federal e municípios. Saiba mais em: PEREIRA, Marina C. K. R.; FELIPPE, Andreia M. Internação involuntária: discussões sobre os impactos da Lei 13.840/2019 no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. *Revista Cadernos de Psicologia*, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 391-415, 2019. p. 403.

<sup>35</sup> PEREIRA; FELIPPE, 2019, p. 414.

químico, abrindo espaço para a espiritualidade e para a religião, que são consideradas igualmente como importantes ferramentas terapêuticas nesses espaços.<sup>36</sup>

Esta seção ajuda perceber algumas lacunas deixadas pelas políticas públicas nacionais em relação ao consumo de drogas e ao tratamento de adictos. O Brasil é signatário das convenções proibicionistas da ONU e não apresenta, até o momento, nenhuma proposta de programas educativos para minimizar a condição de vulnerabilidade de crianças e jovens em relação ao uso de drogas. Por isso, vale refletir acerca do papel das CTs em relação a esse problema, como será feito na próxima seção.

## 1.2 Comunidades Terapêuticas no Brasil

Esta seção apresenta as características das CTs brasileiras e, em diálogo com a seção precedente, informa o impacto das políticas públicas sobre suas propostas e atuação em relação ao tratamento de adictos. É possível localizar disparidades entre os modelos de tratamento para dependentes químicos entre os campos da saúde, segurança e as CTs, o que abre espaço para as reflexões desenvolvidas na última seção deste capítulo acerca da atividade profissional do/a assistente social nesse empreendimento, em parceria com as CTs brasileiras.

De acordo com Mariane Melo, a primeira CT surgiu em 1952, através do médico britânico Maxwell Jones, que cuidava de soldados veteranos da Segunda Guerra Mundial, que voltavam dos combates com algum tipo de transtorno mental, em hospitais psiquiátricos da Inglaterra. Dessa forma, o primeiro modelo de CT nasceu com uma base psiquiátrica.<sup>37</sup> No Brasil, a trajetória, o desenvolvimento histórico e o processo de regulamentação das CTs são perpassados por aspectos peculiares e complexos. As CTs brasileiras possuem uma base teórico e prática fundamentada especialmente no modelo desenvolvido nos Estados Unidos (EUA), elaborado por pessoas que atravessaram o tratamento de dependência química, pelo consumo de drogas ou substâncias psicoativas.<sup>38</sup>

A primeira CT brasileira foi fundada em 1968, em Goiânia/GO, através do Movimento Jovens Livres, como fruto da iniciativa de um casal de pastores evangélicos, Paulo Brasil e Ana Maria Avelar de Carvalho Brasil. Depois, através do projeto Desafio Jovem Brasil – *Teen Challenge* –, em 1977, foi fundada a primeira casa de Goiânia, cujo presidente era o

<sup>36</sup> PEREIRA; FELIPPE, 2019, p. 414.

<sup>37</sup> MELO, Mariane C. *Sentidos construídos em Comunidades Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. p. 30.

<sup>38</sup> MELO, 2016, p. 51.

pastor Bernard Johnson. Isso aconteceu cinco anos após a primeira visita ao Brasil realizada pelo pastor americano David Wilkerson. Em 28 de maio de 1978, o pastor americano Harold J. Rahm fundou uma entidade filantrópica, chamada Associação Promocional Oração e Trabalho (APOT), denominada atualmente de Instituto Padre Haroldo, que fundou a Fazenda do Senhor Jesus para dependentes adultos, sendo esta a primeira instituição com características específicas de uma CT e que introduziu o modelo de *Daytop*<sup>39</sup>, que se disseminou intensamente no território nacional.<sup>40</sup>

A participação intensa de entidades religiosas na origem das CTs no Brasil ocorreu pela enorme lacuna deixada pelas Políticas Públicas para dependentes químicos/adictos na década de 1970. Naquela época, as únicas alternativas para dependentes químicos eram a internação em manicômios ou em caríssimas clínicas particulares. As igrejas evangélicas e/ou católicas, além da tentativa de educação religiosa, buscavam auxiliar os familiares dos dependentes, disponibilizando espaços para recuperação que se transformaram nas atuais CTs. O Estado considerava o problema da dependência química como da alçada policial, e não como um grave problema de saúde pública. Assim, as CTs se disseminaram no território nacional, “subsidiadas pelo assistencialismo, voluntariado e práticas religiosas”<sup>41</sup>.

Entre as únicas alternativas a serem utilizadas pelas políticas de atenção aos dependentes químicos estavam as CTs. Assim, deve-se frisar que, desde a década de 1980, ao passo que cerca de 80 mil leitos foram desativados em hospitais psiquiátricos brasileiros, ocorreu um significativo aumento no número de instituições destinadas a internação de dependentes químicos ou adictos nas CTs.<sup>42</sup> Por isso, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), considera que as CTs como:

---

<sup>39</sup> Influenciado pelo modelo de terapia de autoajuda do AA, surgiu, em 1958, a primeira residência extra hospitalar para dependentes químicos em heroína, chamada de *Synanon*. Em 1963, David Deitch criou a *Daytop Village* de New York, que possuía como característica a mudança psicológica e o estilo de vida por meio de um programa de tratamento por etapas, com normas a serem seguidas; a capacidade de transformação está no indivíduo e atingida pela pressão do grupo; a organização da CT ocorre por hierarquias e na autossuficiência comunitária. Saiba mais em: VIEIRA, Carlos. A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. *Revista Toxicodependências*, Lisboa, v. 13, n. 3, p. 15-22, 2007. p. 19.

<sup>40</sup> PERRONE, Pablo A. K. *Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019. p. 37.

<sup>41</sup> SILVA, Leila G.; CALHEIROS, Paulo R. V. Práticas empregadas no tratamento para dependentes de substâncias psicoativas em comunidades terapêuticas brasileiras: uma revisão sistemática da literatura entre 2005-2015. *Revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 23, p. 67-83, 2017. p. 75-76.

<sup>42</sup> FERRAZZA, Daniele; SANCHES, Raphael R.; ROCHA, Luiz C.; JUSTO, José S. Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. *Revista ECOS*, Cáceres, a. 7, v. 2, p. 363-375, 2016. p. 367.

Um serviço residencial transitório, de atendimento a dependentes químicos, de caráter exclusivamente voluntário, que oferece um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, cujo objetivo – muito mais ambicioso do que apenas a manutenção da abstinência – é a melhora geral na qualidade de vida, assim como a reinserção social do indivíduo.<sup>43</sup>

Segundo o CONAD, as CTs podem ser definidas como “entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa”<sup>44</sup>. Logo, a distinção entre as CTs e as demais modalidades de atendimento é estabelecida através dois pontos essenciais: disponibilização de uma abordagem terapêutica direcionada na busca da recuperação plena da dependência química através da mudança, isto é, de um novo estilo de vida; o principal agente nas CTs está na própria comunidade, ou seja, o ambiente social, a convivência entres os adictos, que, quando bem-sucedidos na recuperação pessoal, tornam-se um exemplo no processo de recuperação dos demais. Com efeito, as CTs representam tanto a realidade em que ocorre a transformação comportamental quanto a metodologia do processo de recuperação dos adictos.<sup>45</sup>

No Brasil, as CTs também são conhecidas como fazendas, sítios ou centros de recuperação e se tornaram espaços bastante reconhecidos para o tratamento da dependência de drogas ou substâncias psicoativas. As CTs apresentam como proposta uma reforma subjetiva e pessoal, através da mudança comportamental e atitudes individuais, e, com base na religião, disponibilizam suporte no processo de recuperação dos adictos.<sup>46</sup> O objetivo ulterior das CTs é a reinserção social com atividades direcionadas para a autonomia dos dependentes químicos. A reinserção social se encontra entre as principais metas do Serviço Social, visando estreitar os laços familiares, capacitar/direcionar o indivíduo para o mercado de trabalho e reforçar em sua autonomia – esse será um aspecto retomado na próxima seção.<sup>47</sup>

As CTs funcionam de modo articulado com rede de serviços de saúde da região em que se estabelecem, e os CAPS e as CTs formam serviços complementares, não concorrentes, participantes da mesma rede de atenção desse segmento social. Em grande parte, as CTs brasileiras são instituições particulares e filantrópicas, e sua disseminação pelo território nacional é bastante notória. Mesmo assim, existe controvérsias sobre o seu funcionamento.

<sup>43</sup> FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (FEBRACT). *Comunidade Terapêutica 2020: manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria de Justiça e Cidadania, 2020. [online]. p. 16.

<sup>44</sup> MELO, 2016, p. 51.

<sup>45</sup> PERRONE, 2019, p. 29.

<sup>46</sup> PACHECO, Alice L.; SCILESKI, Andreia. Vivências em uma comunidade terapêutica. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 165-173, 2013. p. 170.

<sup>47</sup> PIRES, Fábio B.; SCHNEIDER, Daniela R. Projetos de vida e recaídas em pacientes alcoolistas. *Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 21-37, 2013. p. 28.

Mas, cerca de 80% dos indivíduos que eram dependentes químicos por drogas e álcool foram internos/acolhidos das CTs.<sup>48</sup>

Em relação ao termo *adicto*, bastante mencionado até aqui, Renan Dantas argumenta que se trata de uma doença que extrapola o uso de drogas. Para ele, adicto é aquela pessoa que se torna dependente de alguma coisa, não tendo mais controle sobre o que a escraviza, por exemplo: comida, bebida, fumo, dinheiro, sexo, trabalho ou poder. Nesse sentido, a adicção pode ser da ordem material ou moral, entretanto, em todas as suas dimensões ela estigmatiza seu portador.<sup>49</sup>

A definição do termo adicto ajuda a compreender que as CTs visam promover a transformação na personalidade dessas pessoas, um crescimento interior e ressocialização delas na sociedade pela absorção de princípios morais e sociais. As CTs se organizam em residências coletivas temporárias, onde os dependentes químicos são alojados por um prazo determinado, na busca pela renúncia ao consumo de drogas e adoção de um novo estilo de vida. Para Fabrício Sezorte e Jandiele Silva, “as Comunidades Terapêuticas buscam como propósito tratar os indivíduos tóxicos dependentes como um todo, visando recuperação, transformando seu estilo de vida e sua identidade pessoal”<sup>50</sup>.

Como apontado na seção anterior, a partir de 2001, as CTs passaram ser regulamentadas pela ANVISA, através da exigência de normatização do funcionamento de locais públicos e privados prestadores de serviços de atenção à dependentes químicos. A ANVISA editou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101/2001, contendo a regulamentação técnica de “exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas”<sup>51</sup>. Essa resolução informa que as CTs são:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que tem por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante o período estabelecido de acordo com o programa terapêutico

<sup>48</sup> WOERNER, Camila B. Serviço social e saúde mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. *Revista Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 174-185, 2015. p. 178.

<sup>49</sup> Há ainda a expressão drogadicção, que é a junção das palavras droga e adicção. Trata-se da conduta de uma pessoa que perdeu a noção da realidade, comprometendo seu funcionamento mental. Saiba mais em: ESPERANDIO, Mary R. G.; CORREIA, Márcia R. O papel da espiritualidade/religiosidade no fenômeno da drogadicção: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Rever*, São Paulo, a. 17, n. 2, p. 73-98, 2017. p. 74.

<sup>50</sup> SEZORTE; SILVA, 2019, p. 428.

<sup>51</sup> CARVALHO, Celine A.; IGNACIO, Márcia C. H.; TRENTINI, Fabiana V. A influência da espiritualidade no tratamento do dependente químico em comunidades terapêuticas. In. EVENTO INTERINSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (EIICS), I, 2019, Ponta Grossa. *Anais...* Ponta Grossa: EIICS, 2019. p. 5-6. [pdf]. p. 5.

adaptado às necessidades de cada caso. [...] Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.<sup>52</sup>

Contudo, a RDC 101/2001 foi revogada pela RDC nº 29 de 30 de junho de 2011, que, em seu art. 1º, informa que as CTs: “são serviços de atenção para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência”<sup>53</sup>. Logo, através desta nova legislação, passou-se a reconhecer as atividades destas comunidades e fixa um modelo básico para o seu funcionamento, isto é, o psicossocial, buscando assegurar a característica terapêutica de suas atividades.

A seção precedente ajuda a entender também que as CTs foram, nos últimos anos, consagradas pelas políticas públicas como um elemento que disponibiliza um ambiente para o tratamento de indivíduos dependentes químicos. Através do Decreto nº 7.179/2010, criou-se um plano integrado contra as drogas, principalmente em relação ao *crack*<sup>54</sup>, com “apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimentos por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas”<sup>55</sup>.

Leila Silva e Paulo Calheiros consideram que o atendimento destinado às pessoas com dependência química por substâncias psicoativas e álcool é regulamentado pela Portaria 3.088/2011, que estabelece as diretrizes e os elementos que compõem a RAPS, como a Atenção Psicossocial Especializada, através dos CAPS, ao lado da Atenção Residencial de Caráter Transitório, subdividida em unidades de acolhimento e serviços de atenção em regime residencial, isto é, as CTs.<sup>56</sup>

As CTs foram regulamentadas pelo SISNAD, através da Resolução nº 01/2015, do CONAD,<sup>57</sup> da Resolução nº 29/2011, da Diretoria Colegiada (RDC) e da ANVISA.<sup>58</sup> Pela

<sup>52</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001*. [Estabelece regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta resolução]. Brasília: Anvisa. [online]. [n.p.].

<sup>53</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011*. [Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas]. Brasília: Anvisa. [online]. [n.p.].

<sup>54</sup> O *crack* é uma droga recente se comparada ao álcool, por exemplo, mas que causa danos terríveis, pois, são pequenas pedras feitas para serem fumadas, tornando seu efeito imediato, o que provoca uma rápida elevação de euforia. Por ser uma droga barata e extremamente viciante, provocou uma rápida popularidade dessa substância que afeta áreas físicas, psicológicas e comportamentais. O consumo do crack se tornou um dos maiores problemas em termos de saúde pública nos últimos 25 anos. Para mais informações, consulte: SABINO; CAZENAVE, 2005, p. 171.

<sup>55</sup> SABINO; CAZENAVE, 2005, p. 172.

<sup>56</sup> SILVA; CALHEIROS, 2017, p. 68.

<sup>57</sup> A resolução nº 01/2015 regulamenta e flexibiliza as exigências para as comunidades terapêuticas que são consideradas como: “entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas

revogação da RDC 101/2001 e pela edição da RDC 29/2011, as CTs deixaram de se adequar às normas gerais de um serviço de saúde, como os hospitais e centros de tratamento, em virtude da característica residencial e de convívio familiar que elas adquiriram com essas alterações. No novo Regulamento Técnico para o funcionamento das CTs, destaca-se o processo assistencial, que traz as Normas Assistenciais Sobre os Direitos dos Usuários relacionado com a possibilidade do usuário, isto é:

Interromper o acolhimento a qualquer momento; ser tratado com respeito ele e sua família, independente de etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, antecedentes criminais ou situação financeira; privacidade, inclusive de vestuário, corte de cabelo e objetos pessoais próprios; sigilo, segundo normas éticas e legais, inclusive de anonimato, sendo vedada a divulgação de informação, imagem ou outra modalidade de exposição da pessoa sem sua autorização prévia ou de seu responsável, por escrito.<sup>59</sup>

Segundo Pablo Perrone, a FEBRACT é a instituição regulamentadora brasileira das CTs nas questões éticas, que, em 1995, criou seu Código de Ética, evocando os princípios fundamentais do ser humano. Dessa forma:

- a) as atividades devem ser baseadas no respeito à dignidade da pessoa humana;
- b) a permanência deve ser voluntária e decidida após o candidato ser informado sobre à orientação e as normas em vigor;
- c) deve haver um ambiente sem drogas, sexo e violência.

As CTs propõem a internação em tempo integral. Mais que locais de confinamento, elas são denominadas, de forma bem crítica, como *instituições totais*<sup>60</sup>, porque são “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”<sup>61</sup>. Para Mariane Melo e Clarissa Corradi-Webster:

As CTs mantêm características de autoajuda, disciplina, confrontação e controle intenso (físico e emocional) das pessoas internadas, dentro de um ambiente sem drogas. Uma das atividades fundamentais nas CTs é a laborterapia, compreendida

---

associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa” (Res. PR/GSI/CONAD nº 1/2015). Saiba mais em: SILVA, 2019, p. 43.

<sup>58</sup> Em 2011, a RDC 101/2001 foi extinta e a ANVISA edita a RDC 29/2011, “assim as comunidades deixaram de se adequar as normas gerais de um serviço de saúde como de um hospital ou centro de tratamento e se adapta com um caráter residencial e de convívio familiar”. Saiba mais em: CARVALHO; IGNACIO; TRENTINI, 2019, p. 5.

<sup>59</sup> CARVALHO; IGNACIO; TRENTINI, 2019, p. 6.

<sup>60</sup> Em 16 de outubro de 1990, o Padre Haroldo Rahm fundou a FEBRACT, com o objetivo fortalecer, organizar, capacitar e assessorar as CTs em todo o território brasileiro, além de atuar em parceria com o poder público na elaboração e execução de políticas públicas, no que se refere à dependência química. A FEBRACT, desse modo, foi criada para contribuir nas ações referentes à prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social e à construção de políticas públicas sobre drogas. Consulte: PERRONE, 2019, p. 37.

<sup>61</sup> PACHECO; SCILESKI, 2013, p. 167.

como execução de atividades domésticas e/ou de campo. O trabalho é compreendido nestes espaços não objetivando o aprendizado de ferramentas para serem inseridos no mercado de trabalho, mas como a expressão do valor das pessoas, sendo por meio dele que os usuários de drogas poderiam modificar suas características e identidade, e alcançar a abstinência total.<sup>62</sup>

A família de um adicto também pode ser considerada um *co-dependente*. O “co-dependente deixa de viver a sua própria vida e passa a viver na dependência dos acontecimentos que ocorrem na vida do dependente químico, ele nunca sabe o que esperar, constantemente bombardeado com problemas, perdas e mudanças”<sup>63</sup>. Assim, é essencial a inclusão da família no processo terapêutico, uma vez que ela necessitará realizar uma reflexão sobre a qualidade da relação familiar, no momento em que o adicto retornar para casa.

Boa parte das CTs possui um vínculo estreito com a religião cristã, seja a católica apostólica romana ou evangélica. O tratamento pode durar até seis, nove ou doze meses, de acordo com cada CT. As pessoas acolhidas, os adictos, realizam inúmeras atividades, que abrangem tarefas laborais, terapêuticas e religiosas. Essas atividades, no conjunto, intencionam transformar o comportamento dessas pessoas.<sup>64</sup> A lógica religiosa predominante nas CTs pressupõe uma afirmação de Michel Foucault, que entende que os cristãos tinham uma noção acerca da necessidade de buscar a deus para o autoconhecimento, e depois renunciar a si mesmo, perseguindo a purificação. A relação entre o tratamento da dependência química *versus* a religião é facilmente visualizada nas CTs, que reconhecem a fé cristã como um instrumento para atingir a cura.<sup>65</sup>

Quase todas as CTs brasileiras foram fundadas e são geridas por grupos religiosos, ou por antigos adictos que passaram por elas e se mantêm em abstinência.<sup>66</sup> Os adictos em tratamento devem cumprir inúmeras atividades cotidianas, dentre elas, “cuidar dos afazeres da residência [...], reuniões para reflexões e para estudo do método chamado ‘Doze Passos’ e

<sup>62</sup> MELO, Mariane C.; CORRADI-WEBSTER, Clarissa M. Análise do funcionamento de Comunidade Terapêutica para usuários de drogas. *Revista Athenea*, Barcelona, v. 16, n. 3, p. 379-399, 2016. p. 381.

<sup>63</sup> FALEIROS, Vicente P. *Estratégias em Serviço Social*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 93-94.

<sup>64</sup> SEZORTE; SILVA, 2019, p. 429.

<sup>65</sup> PACHECO; SCILESKI, 2013, p. 168-169.

<sup>66</sup> Para a FEBRACT, os elementos essenciais que compõem o tratamento praticado nas Comunidades Terapêuticas são: abstinência; espiritualidade sem imposição de crenças religiosas; internação e permanência voluntária; ambiente residencial com características de relações familiares; respaldo técnico e ético; convivência entre pares; critérios de admissão, permanência e alta definidos com o conhecimento antecipado por parte do candidato e sua família; aceitação e participação ativa no programa terapêutico, tanto pelos residentes quanto pelos seus familiares; utilização do trabalho como valor educativo e terapêutico; e acompanhamento pós-tratamento de no mínimo um ano após o episódio da internação. Saiba mais em: SILVA; CALHEIROS, 2017, p. 74.

momentos de vivências religiosas, como orações e estudos da Bíblia, sendo que certas entidades também contam com o trabalho de profissionais de saúde<sup>67</sup>.

No decorrer de sua trajetória, as CTs brasileiras preservaram aspectos de caráter messiânico, superioridade moral e hierarquia entre seus membros, além de utilizar métodos de submissão e confrontação pública entre os adictos.<sup>68</sup> Essas características foram pautadas no modelo das CTs americanas, que, por sua vez, sofreram enorme influência do modelo terapêutico dos AA, com intensa presença da espiritualidade. As CTs norte-americanas reconheciam que meio social era de enorme relevância para a manutenção da dependência e defendiam que os usuários fossem afastados da sociedade e levados para estas comunidades, sendo necessário lá aceitar e absorver os seus princípios religiosos/terapêuticos.<sup>69</sup>

Luciana Fossi e Neuza Guareschi elencam os princípios reconhecidos como fundamento para o tratamento nas CTs, a saber: o isolamento do dependente químico e total segregação da sociedade e da família; a abstinência total, baseada no modelo terapêutico dos AA; a participação obrigatória em cultos e reuniões religiosas; e a disciplina e a moralização, através do trabalho obrigatório,<sup>70</sup> denominado de *laborterapia*<sup>71</sup>.

A *moral religiosa*<sup>72</sup> representa um elemento intensamente aplicado pelas religiões no tratamento de dependentes químicos, na busca pela ressocialização e recuperação dessas

<sup>67</sup> Em suma, através do método Doze Passos, “o adicto é admitido nas CTs, certo de sua importância perante a droga (para si, para outros e para Deus), que o faz perder o controle de sua vida, a crença na existência de um poder Superior, que pode envolver a ‘sanidade’ e que ele deve entregar sua vontade e vida a serem cuidados; a realização contínua de um destemido ‘inventário moral’ de si mesmo; uma listagem de todas as pessoas que prejudicaram a reparação destes danos; ter na prece e meditação contato com Deus (não se refere a conversão a alguma religião), solicitando força de vontade; transmissão da mensagem do A. A ou N. A e prática de seus princípios na vida cotidiana. Tais princípios são aplicados, normalmente em reuniões semanais”. Saiba mais em: AGUIAR, Andrea L. V. *Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma Comunidade Terapêutica Religiosa (RN)*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. p. 38.

<sup>68</sup> O movimento messiânico baseia-se na crença em um enviado divino, já presente ou ainda por vir, que anuncia e prepara a abolição das condições vigentes, e, por fim, instaura uma era de plena felicidade e justiça. As pessoas se identificam com o “messias” por crerem que ele é a pessoa a quem Deus comunicou algo de seu poder ou autoridade, gerando, assim, um agrupamento de pessoas, envolvendo crença, força mística, esperança, fé, motivação para enfrentar qualquer que se levante contra o “enviado”, o “ungido” de Deus nesta terra, e a crença os leva a crer que, se morrerem, serão ressuscitados para viverem em um novo reino. Para mais informações, consulte: SOUZA, Ronaldo F. Características de um movimento messiânico na origem da cidade de Marilândia do Sul, Paraná: Santiago Lopes José, um líder carismático. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA (CIH), VIII, 2017, [s.l.]. *Anais...* [s.l.]: CIH, 2017. p. 1966-1977. [pdf]. p. 1969.

<sup>69</sup> MELO; CORRADI-WEBSTER, 2016, p. 381.

<sup>70</sup> FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 97.

<sup>71</sup> A laborterapia é uma técnica utilizada quando os acolhidos estão ociosos. São trabalhos manuais que variam, como arrumação da casa, do jardim, horticultura e cozinha. Este trabalho realizado pelos acolhidos não geram lucro, já que este visa a recuperação do acolhido e o incentiva a desenvolver novas habilidades. Saiba mais em: JOST; DAPPER, 2019, p. 35.

<sup>72</sup> A moral aparece na sociabilidade humana estabelecendo normas e deveres. A moral em si, não alienada, está relacionada com a liberdade de escolha e a responsabilização pelas escolhas. Para a reprodução de normas morais, é necessária a repetição, que se transformem em hábitos e costumes. No momento em que são internalizados esses

pessoas. Destacam-se, nesse processo, as denominações evangélicas pentecostais. Mas, a recuperação dos dependentes químicos nas CTs se encontra bastante associada à conversão religiosa. Mesmo inexistindo estudos empíricos com dados sobre a recuperação de pessoas depois de convertidas, popularizou-se as crenças que relacionam a recuperação do dependente químico ao processo de conversão. A conversão religiosa incorpora um rompimento total com o antigo estilo de vida para abraçar um novo, o que deve ocorrer através da modificação do comportamento. Trata-se de um processo no qual o dependente químico adere à denominação religiosa, adotando-a como um referencial para suas opiniões, ações e decisões. Assim, faz parte do processo de recuperação aceitar o código moral da instituição religiosa e passar a viver de acordo com a moralidade pregada por aquela CT.<sup>73</sup>

Um adicto, ao buscar auxílio em uma denominação religiosa, geralmente, tem consciência acerca dos efeitos dessa ação e dos procedimentos relacionados a sua adesão. Trata-se de um processo que impõe renúncias para se adequar à moralidade apregoada, em virtude da nova realidade religiosa. É uma moralidade restritiva, pois o sucesso do processo de recuperação, mediado pelos grupos religiosos, está para além do fim do consumo de drogas, envolvendo mudanças em outros aspectos da vida dos adictos, para superar o problema da dependência química, destacando-se o trabalho, a família, a moral, entre outros.<sup>74</sup>

A busca por práticas terapêuticas de natureza religiosa, em geral, é acontece por parte de pessoas que atravessam situações-limite ou que demonstram culpa, angústia, desespero, frustrações e depressão, em virtude da dor e da morte. A participação em práticas religiosas, oferecidas no tratamento, abrange a introdução de uma nova linguagem recomendada, através de símbolos e rituais aplicados nas CTs, num esforço para reforçar que os valores religiosos são corretos e verdadeiros.<sup>75</sup>

De acordo com Adalgisa Dórea, a religião desempenha um relevante aspecto na existência humana, estando profundamente vinculada ao processo social e permitindo o desenvolvimento de convicções e de valores. Considerada um valor tradicional, a religião, na

---

valores tornam-se juízos norteadores para os indivíduos e a reprodução ocorre de maneira espontânea. Quando indivíduos não cumprem valores estabelecidos, sentem que vão contra uma norma moral, sentem-se julgados pelos demais e constrangidos. Na ocasião em que se comportam conforme a moral dominante, sentem que cumpriram o seu papel. A moral passa a fazer parte do caráter dos indivíduos e torna-se responsável por estabelecer vínculos sociais. BARROCO, Maria L. *Ética e serviço social: fundamentos ontológicos*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 45.

<sup>73</sup> MARIZ, Cecília. Embriagados no Espírito Santo: reflexões sobre a experiência pentecostal e o alcoolismo. *Revista Antropológica*, Niterói, n. 15, p. 61-80, 2003. p. 67.

<sup>74</sup> MARIZ, 2003, p. 68.

<sup>75</sup> DÓREA, Adalgisa V. *Práticas terapêuticas religiosas no tratamento da drogadição: estudo de caso na comunidade – “Desafio Jovem de Sergipe”*. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2011. p. 33.

cultura ocidental, representa um instrumento edificador, sobretudo quando se trata do tratamento de doenças ou problemas subjetivos da sociedade. Essa lógica está no pano de fundo das motivações para a criação das CTs, especialmente no que diz respeito ao trabalho contra a dependência química.<sup>76</sup>

As CTs mais numerosas são as mantidas pelas igrejas evangélicas, seguida pelas católicas apostólicas romanas e, por fim, por entidades espíritas. As CTs propõem uma terapia que se fundamenta no tripé da sobriedade: *disciplina, fé e trabalho*. O prazo de tratamento pode variar de três a doze meses, sempre em regime de isolamento. As visitas são autorizadas após um mês de internação do adicto.<sup>77</sup> As CTs religiosas possuem regras que fundamentam seu objetivo terapêutico, cuja violação produz inúmeras ações disciplinares. É vetado o consumo de qualquer espécie de drogas lícitas ou ilícitas, sexo, atos violentos ou agressões verbais. A crença em uma entidade superior é aplicada como o mais importante elemento no tratamento, como afirma Andrea Aguiar:

Entre os evangélicos ‘Jesus’ é a solução para todos os males, entre os católicos, ele é que poderá dar forças para o interno superar as dificuldades que o tratamento impõe. Por isso fazem parte da rotina dos internos muitas orações e leitura da bíblia. Também há um grande incentivo para que se assumam em público os problemas pessoais. Nessas instituições é terapêutica a prática da confissão coletiva. Essa prática é realizada em reuniões diárias ou semanais. Nas CTs não há assunto privado.<sup>78</sup>

As religiões cristãs são conduzidas pelo *poder pastoral*, que, segundo Michel Foucault, a principal característica desse poder está em uma multiplicidade de indivíduos em deslocamento, indo de um ponto para outro poder oblativo, poder sacrificial e poder individualista. Esse poder impõe a obrigação de salvação, sem opção de escolha. Ou seja, para atingir a salvação, é necessário aceitar a autoridade de um pastor ou padre. A obediência é um dos elementos primordiais do Cristianismo, geralmente internalizado como humildade cristã, aceitando ordens de qualquer pessoa, tomando a vontade do outro como a própria vontade divina.<sup>79</sup> Nas palavras de Foucault:

Se tomarmos o pastorado em sua definição de certo modo abstrata, geral, totalmente teórica, veremos que ele está relacionado com três coisas. [...] com a salvação, pois tem por objetivo essencial, fundamental, conduzir os indivíduos ou, em todo caso, permitir que os indivíduos avancem e progridam no caminho da salvação. Verdade

<sup>76</sup> DÓREA, 2011, p. 28.

<sup>77</sup> O isolamento é o princípio terapêutico fundamental do tratamento moral, estando ainda vigente na prática psiquiátrica da atualidade. Este autor afirma: “se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, e o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo. Saiba mais em: FEITOSA; GARCIA FILHO, 2020, p. 17.

<sup>78</sup> AGUIAR, 2014, p. 38.

<sup>79</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007a. p. 35.

para os indivíduos, verdade também para a comunidade. Portanto, ele guia os indivíduos e a comunidade pela vereda da salvação. Em segundo lugar, [...] com a lei, já que, precisamente para que os indivíduos e as comunidades possam alcançar sua salvação, deve zelar por que eles se submetam efetivamente ao que é ordem, mandamento, vontade de deus. Enfim, [...] com a verdade, já que no Cristianismo, como em todas as religiões de escritura, só se pode alcançar a salvação e submeter-se à lei com a condição de aceitar, de crer, de professar certa verdade. Relação com a salvação, relação com a lei, relação com a verdade. O pastor guia para a salvação, prescreve a lei, ensina a verdade.<sup>80</sup>

As CTs vinculadas às denominações evangélicas são mais influenciadas pelo Movimento de Oxford,<sup>81</sup> e com maior incidência do poder pastoral. As CTs vinculadas à igreja católica romana aplicam o Modelo de Minnesota.<sup>82</sup> Mas, apesar de presente, o poder pastoral é menos rígido do que nas CTs evangélicas. Entretanto, sejam católicas, protestantes ou espíritas, as CTs podem ser consideradas como *instituições totais*, pois nelas as pessoas com características semelhantes convivem, trabalham e, muitas vezes, brincam, porém, elas são proibidas de se distanciarem de seus espaços de inserção, isto é, não podem manter contato com o mundo exterior. Segundo Adalgisa Dórea:

Os ritos religiosos possuem uma característica terapêutica. As práticas e a religião caminham lado a lado com o propósito de assistir o doente, seu círculo familiar e comunitário por meio de cultos, rituais, orações e possibilitar a absorção de uma nova linguagem e um sentido para a vida. Neste contexto, observa-se que a presença da religião no rol das atividades desenvolvidas pela comunidade [...] reforça seu caráter terapêutico.<sup>83</sup>

Nesses termos, a religião possibilita aos dependentes químicos experiências de fé vinculadas ao processo de absorção de valores. Com efeito, é considerada nas CTs um instrumento terapêutico que conduz os adictos para uma nova vida e uma transformação positiva. Pressupõe-se que o relacionamento entre adicto e a religião proporciona a recuperação da autoestima, evitando um estilo de vida de risco e gerando um comportamento

<sup>80</sup> FOUCAULT, Michel. *Segurança, território e população*: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2009. p. 221.

<sup>81</sup> Esse movimento protestante anglicano visava um estilo de vida mais direcionado aos preceitos cristãos e a Bíblia. Seus membros se reuniam semanalmente para ler e discutir o texto bíblico, sob o argumento de estarem honrando o fato de serem honestos e obedientes a Deus. Saiba mais em: FRACASSO, Laura. Características da Comunidade Terapêutica. In: REPORTAGENS [Site institucional]. 26 set. 2002. [online]. [n.p.].

<sup>82</sup> O Modelo Minnesota tem essência predominantemente espiritual. Baseia-se nos preceitos do AA, sendo considerado sua versão institucional. O AA formulou princípios que conduziriam o indivíduo durante todo o tratamento e entende que alguns dos componentes de mudança do sujeito são: a crença na ajuda de um poder superior, a oração, a ajuda recíproca e a autoanálise. O AA dá destaque a espiritualidade como item importante para recuperação, bem como concebe o alcoolismo como doença crônica, que exige atenção constante, uma vez que a enfermidade é incurável. Essa é a mesma posição adotada pelos Narcóticos Anônimos, no que se refere à drogadição. Saiba mais em: FEITOSA, 2017, p. 14.

<sup>83</sup> DÓREA, 2011, p. 35.

mais saudável. Entretanto, deve-se ressaltar que a relação com as CTs podem produzir um *proselitismo*<sup>84</sup>, ocorrendo somente uma fundamentação de base moral.<sup>85</sup>

Há um consenso entre as entidades religiosas e as associações psiquiátricas em relação à defesa da internação como um elemento fundamental no tratamento da dependência química. Entretanto, as entidades religiosas sugerem que a melhor maneira de internação ocorre nas CTs, onde o tratamento é fundamentado em discursos morais e na educação religiosa. As associações psiquiátricas, discordando disso, denunciam as CTs pela falta de responsabilidade médica, argumentando que o tratamento que elas ofertam é uma prática médica ilegal. Os psiquiatras, em geral, discordam da oferta de recursos públicos destinados às CTs, alertando para a necessidade da ativação de leitos psiquiátricos em hospitais tradicionais. Para Enio Pinto, as associações psiquiátricas não estariam preocupadas com o tratamento de dependentes químicos, mas temem que os recursos direcionados para os hospitais psiquiátricos sejam reduzidos.<sup>86</sup>

Dessa forma, os modelos de tratamento para dependentes químicos realizados nas CTs ainda não são realizados em conformidade com a área da saúde e segurança. Isso abre espaço para refletir acerca do papel do assistente social no tratamento com os adictos.

### 1.3 O Serviço Social no tratamento com dependentes químicos

Se as políticas públicas brasileiras deixam lacunas quanto ao consumo de drogas e ao tratamento de adictos, e se as CTs ainda não estão alinhadas com os pressupostos da saúde e da segurança, o assistente social desponta com um perfil muito importante para ajustar esse quadro. Essa seção se debruça sobre as possíveis contribuições do Serviço Social para o tratamento de adictos, especialmente no interior das CTs brasileiras, uma vez que os assistentes sociais possuem nas políticas públicas um espaço especial para o seu desempenho profissional

---

<sup>84</sup> O proselitismo é, assim, a forma de ratificar a própria religião, crença e culto ofertado ao fiel, e o modo encontrado pelas religiões para atrair novos fiéis à sua crença, utilizando, para tanto, uma gama de estratégias e formas de apresentação dessas crenças, que funcionam como propaganda, com o intuito de convencer o indivíduo de que sua religião não é adequada e que se sentirá muito melhor física, moral, psicológica e espiritualmente se migrar e adotar a nova palavra. Saiba mais em: PINTO, Lara C. *Proselitismo religioso e discurso de ódio: reflexões sobre os limites de expressão religiosa*. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Centro de Ciências Jurídicas, Faculdade de Direito, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. p. 45-46.

<sup>85</sup> CARMO, Francisco A. G.; OLIVEIRA, Cleide C.; PENHA, Joaquim R. L.; CRUZ NETO, João. A influência da religiosidade na reabilitação do dependente químico. *Revista Biomotriz*, Cruz Alta, v. 14, n. 4, p. 114-127, 2020. p. 115.

<sup>86</sup> PINTO, Enio B. A Ciência da Religião aplicada à Psicoterapia. In: PASSOS, João D.; USARKI, Frank. (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p. 683.

e podem trabalhar de modo efetivo na defesa de direitos, intensificando os esforços para a prevenção e ação terapêutica em relação ao consumo de drogas.

O assistente social constitui o grupo dos profissionais capacitados para realizar uma análise da realidade e dos modos de organização da vida social, sobretudo, mediante as sequelas do capitalismo, que intensificou os problemas sociais, tais como, a violência, prostituição, alcoolismo, a pobreza, etc.<sup>87</sup> De modo geral, esse profissional trabalha no auxílio e na assistência às pessoas necessitadas, deficientes ou desajustadas socialmente, ou seja, atua para “controlar os conflitos ou minimizar as disfuncionalidades sociais de modo mais sistemático e racional”<sup>88</sup>, mormente para quem se encontra numa situação de sofrimento e exclusão social. Para Vicente Faleiros, a prática profissional do Serviço Social não representa apenas a aplicação de uma teoria, mas envolve a categorização teórica e sua qualificação, enquanto uma ação emancipadora da pessoa atendida e prática garantidora de direitos.<sup>89</sup>

Numa breve análise histórica, o Serviço Social foi institucionalizado como uma profissão na década de 1920, quando os dilemas sociais eram evidenciados e as formas de organização dos trabalhadores – que contextualizavam o aparecimento de movimentos europeus de ação social – buscavam disseminar ideologias políticas.<sup>90</sup> Em 1932, criou-se o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), voltado para a formação técnica especializada, originando a Escola de Serviço Social, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), em 1936, vinculada pioneiramente à Ação Social com influência da doutrina social da Igreja Católica Apostólica Romana. A segunda Escola de Serviço Social foi criada na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), em 1937, e a terceira, no Recife-PE, em 1940. O primeiro Código de Ética Profissional do assistente social foi editado em 1947. Ele foi bastante influenciado pela visão europeia, com fortes valores cristãos e sem mediação do Estado. Sem suporte jurídico, esse código objetivava orientar a prática e possibilitar o *status* de profissão do Serviço Social, mesmo sem ser regulamentada como uma categoria profissional.<sup>91</sup>

Nas décadas subsequentes, o Serviço Social passou por uma fase de renovação, especialmente em sua produção teórica e prática, refletindo um sentimento de insatisfação social manifestado nos movimentos sociais entre os anos de 1978 a 1980. Após essa fase, a profissão foi consolidada, como uma especialização do trabalho coletivo presente na divisão

<sup>87</sup> OLIVEIRA, Edistia M. A. P.; CHAVES, Helena L. A. 80 anos de serviço social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. *Revista Serviço Social*, São Paulo, n. 128, p. 143-163, 2017. p. 146.

<sup>88</sup> OLIVEIRA; CHAVES, 2017, p. 146.

<sup>89</sup> FALEIROS, 2008, p. 89.

<sup>90</sup> OLIVEIRA; CHAVES, 2017, p. 146.

<sup>91</sup> OLIVEIRA; CHAVES, 2017, p. 148.

sociotécnica do trabalho, objetivando intervenções sociais, que, em paralelo, superava sua característica acrítica e a-histórica, adotando o pensamento marxista “como inspiração filosófica, parâmetro da ação profissional e da análise das relações de produção capitalista”<sup>92</sup>.

Segundo Maria Bravo e Maurílio Matos, a introdução do Serviço Social na esfera da saúde ocorreu de forma individual e curativa, com transformações consolidadas na década de 1980.<sup>93</sup> Antes, baseado no novo conceito de saúde da OMS, em 1948, advogava-se a intervenção profissional em ações educativas para a higiene e saúde.<sup>94</sup> A inserção do Serviço Social na saúde mental ocorreu através da Reforma Psiquiátrica, através de propostas antimanicomiais, que objetivava mudanças no modelo sócio assistencial em saúde mental e a construção de um novo estatuto social para pessoas com transtornos mentais. Assim, o Serviço Social inseriu-se como agente de transformação da realidade das pessoas, através do projeto ético-político dessa profissão, buscando um entendimento do sentido da realidade social como profissionais que atuam diretamente na esfera social de forma coletiva e ontológica do ser social.<sup>95</sup>

Na atualidade, as dimensões para o trabalho profissional do Serviço Social podem se expandir em virtude de fatores como o recrudescimento da *questão social*,<sup>96</sup> em virtude da eterna contradição capital *versus* trabalho e cujas consequências são observadas no labor de diferentes formas. Essa profissão, em sua história, reuniu conhecimentos técnicos científicos que possibilitam a intervenção na realidade social, em especial a realidade dos dependentes químicos. Torna-se essencial preencher espaços diferenciados, construindo possibilidades para um desempenho profissional comprometido com o desenvolvimento de uma nova ordem social, de acordo com o Código de Ética do Serviço Social.<sup>97</sup>

<sup>92</sup> OLIVEIRA; CHAVES, 2017, p. 153-154.

<sup>93</sup> BRAVO, Maria I. S.; MATOS, Maurílio C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *Revista Serviço Social e Saúde*, Campinas, v. 2, n. 1, p. 1-22, 2003. p. 13.

<sup>94</sup> A Reforma Psiquiátrica brasileira propunha a construção de um novo modelo de cuidado à saúde mental como uma nova resposta social, revertendo o processo hospitalocêntrico, através da implantação paulatina de redes fora dos hospitais psiquiátricos, desativação dos leitos de internação, integração da saúde mental em outros programas de saúde, participação de movimentos sociais e de trabalhadores da área, superando os paradigmas da clínica tradicional psiquiátrica. Sobrepondo essas questões práticas da Reforma Psiquiátrica, as mudanças não são unicamente técnicas e de serviços, mas uma atitude ética para o modo como as pessoas passam por sofrimento mental, compreendendo-as como cidadãos políticos e de direitos. Saiba mais em: MELO, 2016, p. 42-43.

<sup>95</sup> MELO, 2016, p. 42-43.

<sup>96</sup> Robert Castell entende que o conceito de questão social se modificou e, por isso, exige novas posturas políticas para sua solução. Para ele, a questão social é uma inquietação em relação à capacidade de manter a coesão de uma sociedade, e a ameaça de ruptura se mostra em grupos cuja existência abala a coesão do conjunto. Confira: CASTELL, Robert. *Metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 41.

<sup>97</sup> SANTOS; FREITAS, 2012, p. 8.

As intervenções realizadas pelo assistente social devem ocorrer para permitir uma análise e compreensão da realidade social, contribuindo para que as exigências da população que necessita de serviços sociais sejam entendidas universalmente, ou seja, para tomar as providências cabíveis para a resolução de um problema, de uma nova forma, tanto pela sociedade quanto pelo próprio assistente social. Na esfera do trabalho coletivo em saúde, é importante que sejam clarificadas as informações e que elas sejam registradas pelo assistente social nos prontuários da população que utiliza os serviços de saúde.<sup>98</sup> Para Maria Bravo e Maurílio Matos, o objetivo do Serviço Social consiste na promoção do atendimento do público-alvo desse serviço, numa perspectiva de garantia dos direitos sociais, não perdendo de vista a melhoria na qualidade de vida das pessoas e das famílias, no intuito de responder às questões que envolvem o uso prejudicial das substâncias como o álcool, o tabaco e outras drogas.<sup>99</sup>

Desse modo, o Serviço Social pode ser consagrado como uma prática institucional legitimada pela sociedade, especialmente quando responde às demandas sociais que emergem do modelo capitalista de produção. Nessa realidade, em que surge a necessidade de um agrupamento de instituições sociais, é que se abre um espaço ocupacional para o Serviço Social se consolidar como uma atividade profissional, em que o problema social se torna um dos objetivos das políticas sociais públicas, através da intervenção estatal. Essa lógica supera a mera distribuição de caridade privada, para se tornar um dos elementos de execução das políticas públicas do Estado.<sup>100</sup>

Em relação à PNAD, a prevenção está relacionada ao desenvolvimento de ações estabelecidas em princípios éticos e voltadas para o desenvolvimento humano, consagrando o trabalho profissional do Serviço Social. Torna-se essencial superar a imediatividade do real para compreender a questão do consumo de drogas, que também é uma questão social que exige uma intervenção atenta à complexidade das dimensões envolvidas nesse problema.<sup>101</sup> Embora tradicionalmente os assistentes sociais operem a partir das políticas públicas, isto é, como executores finais de políticas sociais, nos últimos tempos, essa característica vem se alterando, uma vez que a nova realidade produz outros desafios para seu exercício profissional, ou melhor, criam-se inovações alternativas e áreas de trabalho profissional. Os assistentes sociais foram convocados no processo de análise e desenvolvimento de políticas, e,

---

<sup>98</sup> SOUZA; ARAÚJO, 2019, p. 9.

<sup>99</sup> BRAVO; MATOS, 2003, p. 14-15.

<sup>100</sup> FALEIROS, 2008, p. 91.

<sup>101</sup> SANTOS; FREITAS, 2012, p. 1.

igualmente, “no planejamento e na gestão de programas e projetos sociais, desafiados a exercitarem uma intervenção cada vez mais crítica e criativa”<sup>102</sup>.

É importante mencionar que o Serviço Social possui uma função importante na luta contra a intolerância religiosa e o conservadorismo moral<sup>103</sup> no âmbito público. Exige-se, desse modo, um posicionamento desses profissionais em relação ao tratamento da laicidade e da liberdade religiosa como valores éticos e políticos.<sup>104</sup> A questão do consumo de drogas e suas repercussões alcança a atividade do assistente social, pois ela gera efeitos negativos em toda a sociedade. Torna-se necessário que esses profissionais adquiram conhecimento e habilidades na área da dependência química e das drogas, para proporcionar uma resposta mais eficiente às demandas requeridas. No escopo das atividades profissionais do assistente social, há uma variedade de espécie de problemas: violência doméstica, conflitos familiares, desemprego, evasão escolar, criminalidade, elevada demanda por tratamento para dependentes químicos, etc.<sup>105</sup>

A atuação do assistente social em ambulatórios e clínicas direcionadas para dependentes químicos, álcool e drogas, iniciou-se a partir da década de 1980, no Rio de Janeiro.<sup>106</sup> Esses profissionais eram responsáveis pela triagem e entrevistas com os familiares dos dependentes, ou seja, o Serviço Social atuava na mediação das relações entre a instituição e seu público, bem como produzia o histórico desse público, desde a fase da infância/adolescência na escola, na vida familiar e, principalmente, na etapa de desenvolvimento do problema apresentado. Tratava-se, na verdade, de um diagnóstico que deveria ser debatido com outros profissionais da equipe multidisciplinar. Hoje em dia, a atividade profissional do assistente social no âmbito da saúde pública e mental são fundamentadas pela noção de *higiene da alma*, direcionada para uma capacitação dos pais, responsáveis, professores, diretores e gestores de qualquer ordem.<sup>107</sup>

---

<sup>102</sup> FALEIROS, 2008, p. 91.

<sup>103</sup> O conservadorismo moral pode ser compreendido como uma expressão ideológica do moralismo e do preconceito, reproduzindo valores e modos de se comportar que visam conservar a tradição, ordem, autoridade, hierarquia e propriedade, as instituições vigentes na sociedade, o modelo tradicional de família e os costumes tradicionais. Saiba mais em: EUFRASIO, Amanda. *Expressões do conservadorismo moral na atualidade: a culpabilidade famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019. p. 109.

<sup>104</sup> BARROCO, 2008, p. 25.

<sup>105</sup> FALEIROS, 2008, p. 92.

<sup>106</sup> FALEIROS, 2008, p. 92.

<sup>107</sup> FALEIROS, 2008, p. 92.

Nas CTs, o assistente social tem funções consagradas, suas análises são verificadas e, quando adequadas, são compartilhadas com a equipe multidisciplinar.<sup>108</sup> Gradativamente, o assistente social delimita seu espaço de atuação em relação ao álcool e às drogas, mas, suas atividades profissionais ainda dependem das relações institucionais, por isso, ora sofrem avanços ou retrocessos. Ao longo do processo de atendimento, o assistente social deve observar a garantia de direitos para os dependentes químicos, que, durante o processo de atendimento, serão acompanhados pelo assistente social. As atribuições do assistente social nas CTs podem englobar três aspectos: o ingresso adicto, o acompanhamento do atendimento e desligamento da CT. De acordo com Maria Bravo e Maurílio Matos, o assistente social, quando inserido nas CTs, trabalha de forma independente e autônoma, buscando a garantia intransigente de direitos. Isso constitui uma das engrenagens fundamentais para a existência das CTs, porque, através desse profissional, aplicam-se vários modelos técnicos operativos e teórico-metodológicos, visando melhores possibilidades para o atendimento das demandas apresentadas nesse espaço.<sup>109</sup>

Assim, o assistente social compõe um dos fundamentos do processo de recuperação dos adictos, e ele se torna responsável por uma parcela significativa das atividades realizadas com essas pessoas e suas famílias, “envolvendo-se não só no tratamento durante a internação, mas também em projetos de prevenção, recuperação e manutenção da abstinência e reinserção social”<sup>110</sup>. Nesses termos, o assistente social busca a reinserção social do adicto através da completa abstinência das drogas. Contudo, a prática do Serviço Social nas CTs pode ir além das atribuições estipuladas, atuando também na prevenção. O assistente social luta por espaço e reconhecimento profissional na esfera da dependência química, que possui grande urgência, sobretudo, em relação às demandas das CTs e na defesa dos direitos humanos, que é um dos princípios inerentes do Código de Ética bem como um desafio em relação ao tratamento dos dependentes químicos, um grande problema de saúde pública.<sup>111</sup>

---

<sup>108</sup> WOERNER, 2015, p. 183.

<sup>109</sup> BRAVO, Maria I. S.; MATOS, Maurílio C. *Assessoria, consultoria & serviço social*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 41.

<sup>110</sup> O dependente químico em recuperação, quando para de usar a droga, apresenta a síndrome de abstinência, que pode causar diversos sintomas, tais como: ansiedade, alteração do humor, agressividade, angústia, irritabilidade, tensão, desorientação no tempo e no espaço, convulsões, medo, confusão mental, dificuldade de concentração, lapsos de memória, insônia, pesadelos, alucinações, delírios, dor de cabeça, sudorese, dores musculares, tremores, fadiga, oscilação na pressão arterial, taquicardia, febre, náuseas, entre outros. Tais sintomas podem persistir por horas, dias e até meses após o início do tratamento. Saiba mais em: PACHECO; SCILESKI, 2013, p. 169.

<sup>111</sup> WOERNER, 2015, p. 174-185.

## 2 A RELIGIÃO E O MODELO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS

Este segundo capítulo reflete sobre a relação entre a religião e as CTs brasileiras, analisando as questões morais e éticas que perpassam o tratamento nelas realizado. É, dessa forma, o capítulo que constrói as bases teóricas da pesquisa, ancorado especialmente nas noções de moral e ética de Michel Foucault, localizando as CTs como espaços em que circulam concepções morais e éticas perpassadas pela moral religiosa e pelas práticas confessionais. O pensamento de Michel Foucault se mostra relevante no processo de interpretação da influência da religião nas CTs brasileiras. Essa análise ajudou, dessa forma, a desvelar um conjunto de operações que se desenvolvem no cotidiano dessas instituições, de modo subjacente. Michel Foucault contribui para que novas luzes sejam lançadas em relação à prática realizada no interior das CTs brasileiras, e isso pode ser aplicado em pesquisas futuras, especialmente sobre as práticas discursivas que perpassam o contexto das CTs brasileiras, ou as práticas de subjetivação, etc.

### 2.1 A moral, a ética e as CTs brasileiras

Esta seção propõe uma sustentação teórica acerca do modelo das CTs brasileiras, especialmente à luz do pensamento de Michel Foucault em relação às noções de *moral* e *ética*. No interior das CTs, é comum o desenvolvimento de atividades que envolvem a leitura do texto bíblico e a prática de orações, inserindo a religião como um dos pilares para o tratamento dos adictos. Depreende-se que tais atividades desenham um quadro confessional e impõem um sentimento de responsabilidade individual para as possíveis causas e consequências dos atos dos dependentes químicos, no caso, o consumo de drogas ou substâncias psicoativas. As CTs brasileiras, em sua natureza social, seguem a lógica do internamento num jogo de restrição dos seres humanos, incluindo rituais de purificação através das práticas terapêuticas perpassadas por discursos morais e religiosos.

De acordo com Maria Valderrutén, as CTs apresentam um híbrido de concepções morais e éticas que conjugam antigas e novas visões ou valores, em relação ao ser humano e à sociedade.<sup>112</sup> Para Michel Foucault, a *moral* apresenta um duplo sentido: como um conjunto de regras e valores que são propostos pela família, igreja, instituições educativas, entre outras; como um comportamento real das pessoas no que diz respeito às regras e aos valores

---

<sup>112</sup> VALDERRUTÉN, Maria C. C. Entre “teoterapias” y “laicoterapias”: comunidades terapêuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Revista Psicología & Sociedad*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 80-90, 2008. p. 81.

propostos. De um lado, está a moral como regras para condutas e, de outro, estão as possíveis condutas em relação às regras. Acerca da *ética*, trata-se de como “conduzir-se”, ou seja, de forma o ser humano pode ou deve se constituir como um sujeito moral, ou agir perante si mesmo para se ajustar a uma posição ética. Nesse sentido, em relação a ética, esse pensador insere o elemento do autogoverno como regente do trabalho moral.<sup>113</sup>

Em sua história da moral, Michel Foucault distingue o código moral e as condutas. Estas últimas constituem a atitude real das pessoas diante das prescrições morais que lhes são impostas. Deve-se, desse modo, distinguir o código que determina quais condutas são autorizadas ou proibidas, bem como qual o valor negativo ou positivo das distintas atitudes possíveis. O autor ainda aponta para outro aspecto das prescrições morais que, segundo ele, é a relação consigo mesmo necessária e que determina como as pessoas devem constituir-se como sujeitos morais de suas próprias ações.<sup>114</sup>

A moral e a ética foucaultianas têm uma diferenciação, mas estão numa relação intercambiável. Ser moral representa estar praticando ações exemplares, em conformidade com a lei; ser ético significa praticar uma ação moral consigo mesmo como auto constituição. Nesse sentido, há um elemento da prática moral que influencia a prática ética, bem como há uma face ética presente nos atos morais praticados pelas pessoas. Nas palavras de Michel Foucault, “a ação moral é indissociável dessas formas de atividade sobre si, que não são menos diferentes de uma moral para outra do que o sistema de valores, de regras e de proibições”<sup>115</sup>. Com efeito, a ética pode ser entendida como uma prática moral, que envolve a relação do ser humano consigo mesmo, a constituição modelar das subjetivações, isto é, nem moral das condutas e nem moral vinculada ao código, mas moral no sentido de fazer-se contínuo nos fatos e nos acontecimentos da vida.

Segundo Michel Foucault, o fazer ético é um processo histórico, pois, trata-se de um tipo de moral que ocorre de variadas formas. Essa variação conecta quatro eixos: a determinação da substância ética, o modo de sujeição, o trabalho ético e a teleologia. A determinação da substância ética pode ser entendida pela maneira como as pessoas constituem tal parte delas mesmas como matéria de sua conduta moral, ou seja, trata-se da matéria a ser ocupada pela ética e que, simultaneamente, sofre mudanças na história. O modo de sujeição representa a forma pela qual as pessoas se relacionam com a regra moral, bem como o modo como elas se reconhecem como ligadas à obrigação de praticá-la. Se alguém pratica a

---

<sup>113</sup> FOUCAULT, Michel. História da sexualidade: o uso dos prazeres. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007b. p. 156.

<sup>114</sup> FOUCAULT, 2007b, p. 160.

<sup>115</sup> FOUCAULT, 2007b, p. 162.

fidelidade conjugal, por exemplo, esse alguém se submete à regra, ou faz parte de uma cultura ou grupo que a aceita e a preserva, segue uma certa tradição ou luta consigo mesmo para impor uma nova maneira de viver.<sup>116</sup>

O trabalho ético representa toda prática de si realizada não apenas no sentido de conformidade entre um comportamento e uma regra, mas, também, de transformar a si próprio, rumo a um ser moral de sua própria conduta. Em alusão ao último exemplo, uma pessoa que procura pela fidelidade conjugal deve realizar uma vigilância contínua sobre os próprios desejos e atos, isto é, deve assimilar muito bem as regras da fidelidade para aplicá-las efetivamente, enfim, trata-se de uma transformação em paralelo com a conduta moral. O eixo da teleologia aponta para o fim último do trabalho ético, isto é, trata-se da busca do ser pelo qual as pessoas aspiram quando se sujeitam diante da moral.<sup>117</sup>

Para Michel Foucault, esses modos de subjetivação, ao longo da história, adquiriram inúmeras formas. Nos séculos I e II d. C., emergiu uma cultura em que as problematizações recaíram sobre o cuidar-se, isto é, o cuidado de si. Esse *modus vivendi* recaía sobre as pessoas, exigindo delas um trato especial consigo mesmas, cada vez mais forte. O autor explica que a forma do belo modo de existir arremessava as pessoas para um destino que só seria possível pelo trabalho incansável sobre si mesmas. Ou seja, era uma insistência sobre a atenção, entendida como conveniente, para consigo mesmo, uma modalidade e amplitude da vigilância, ao lado de uma inquietação com todos os distúrbios da alma e do corpo que era preciso evitar. Em outras palavras, tratava-se da importância de se respeitar a si mesmo, não meramente em seu próprio *status*, mas em seu próprio ser racional, suportando, dessa forma, a privação dos prazeres ou limitando o seu uso no casamento ou o restringindo à procriação.<sup>118</sup>

Nesse sentido, o processo de construção das formas de existência ou dos estilos de vida não seria apenas uma questão estética. A moral, em Michel Foucault, mostra-se como um conjunto de regras impostas ou coercitivas de um tipo especial, que consiste basicamente em julgar as ações e as intenções, sempre se referindo aos valores transcendentais, ou seja, o que é certo ou errado. A ética, por sua vez, representa um conjunto de regras facultativas que servem para avaliar o que as pessoas fazem, o que dizem, em função do modo de existência que isso pode implicar. Em outras palavras, as pessoas podem perguntar, por exemplo: dizemos isso, fazemos aquilo, que modo de existência isso implica?<sup>119</sup>

<sup>116</sup> FOUCAULT, 2007b, p. 162-165.

<sup>117</sup> FOUCAULT, 2007b, p. 162-165.

<sup>118</sup> FOUCAULT, Michel. *O cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 46-47.

<sup>119</sup> FOUCAULT, 2007b, p. 162-165.

De acordo com Michel Foucault, no interior do Cristianismo, a substância passou a ser o desejo, a teleologia, a pureza, a imortalidade, e, em seu ascetismo, o autoexame ganhou o sentido de autodecifração, e o modo de sujeição era a lei divina. Percebe-se que a ética, com os seus eixos, segundo o pensamento de Michel Foucault, foi se transformando ao longo da história. Ele explica que isso não poderia ser diferente, pois, “a liberdade é a condição ontológica da ética. [...] a ética é a forma refletida que toma a liberdade”<sup>120</sup>. Com efeito, Michel Foucault trata a ética como um conjunto de problematizações a serem refletidas a partir de seu caráter histórico e ontológico, sem perder de vista sua possibilidade de liberdade.

O pensamento de Michel Foucault ajuda a compreender que: se a conduta moral é cumprida em sua própria realização, nela o ser humano não deixa de estar ligado ao código, bem como não deixa de relacionar-se, em certo sentido. A ética emerge como um jogo complexo de distanciamentos e proximidades entre uma conduta moral, um código e um constituir-se, por exemplo: praticar uma ação moral, respeitar uma lei e se mostrar em construção contínua numa modelação de caráter ou comportamento seriam três instâncias que, no decorrer do tempo, se ajustam uma a outra.<sup>121</sup>

Pensar a moral e a ética foucaultianas ajuda a entender muito sobre a influência da religião no tratamento ofertado pelas CTs brasileiras. No Brasil, as CTs demonstram uma moral religiosa ancorada às práticas religiosas reproduzidas socialmente. As CTs são instituições fechadas e designadas a dispensar um tratamento para os adictos através da segregação social. Elas apresentam normas rígidas de funcionamento e de controle sobre a vida das pessoas, de modo que remetem ao modelo adotado pelas antigas instituições como o leprosário e o manicômio. Porém, as CTs emergem na atualidade, considerando a dependência química como uma doença que deve ser tratada através do isolamento social. Segundo Michel Foucault, nos leprosários, no final da Idade Média, o leproso era excluído da sociedade, mas sua existência era relacionada a uma manifestação divina, de modo que, por meio dessa exclusão, a pessoa leprosa obteria a salvação.<sup>122</sup>

Esse processo de exclusão das pessoas portadoras de lepra envolvia uma rigorosa divisão, de modo que não era permitido o contato entre essas pessoas com as demais, colocando-as fora dos limites da sociedade. Além disso, essas pessoas eram desqualificadas jurídica e politicamente, sendo declaradas mortas e seus bens eram repassados para outros

---

<sup>120</sup> FOUCAULT, Michel. Ditos e escritos. In: MOTTA, Manoel B. (org.). *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. p. 712.

<sup>121</sup> FOUCAULT, 1999, p. 713.

<sup>122</sup> FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2019. p. 35.

proprietários.<sup>123</sup> Luciana Fossi e Neuza Guareschi argumentam que esse modelo permaneceu ao longo do tempo e pode ser sentido na realidade das CTs brasileiras. Para as autoras, novamente, essa exclusão pretende uma salvação, em uma cultura diferente, porém, com uma proposta de reintegração espiritual.<sup>124</sup>

Nessa lógica, as CTs acabam estabelecendo relações de dominação, de modo que elas exercem um poder dito terapêutico sobre adictos desprovido de seus direitos, especialmente quando – à luz das compreensões do primeiro capítulo – as políticas públicas deixam lacunas em relação ao consumo de drogas e ao tratamento de adictos. As políticas públicas de saúde para os dependentes químicos estão mais centradas nos hospitais e não abarcam satisfatoriamente as CTs brasileiras. É dentro desse jogo de poder que os adictos são colocados. De modo geral, as leis beneficiam não uma pessoa que está doente, e sim um criminoso, alguém eventualmente perigoso. As CTs, por sua vez, associam seus métodos de tratamento à moral religiosa.<sup>125</sup>

Para Roy May, na perspectiva cristã, a obediência aos mandamentos divinos equivalem a um resultado ético satisfatório, em que o todo social é beneficiado se as pessoas forem alcançadas com essa percepção. Isso implica diretamente em deveres e obrigações das pessoas envolvidas nesse processo, sejam protestantes ou católicos, desde que elas entendam que a racionalidade humana é imprescindível para universalizar as questões éticas.<sup>126</sup> Essa lógica está bem presente nas CTs brasileiras que, além da disciplina, trazem em seu bojo o elemento da moral religiosa.<sup>127</sup>

A moral religiosa nas CTs associa o prazer ao mal, ao pecado, ou melhor, associa o uso de drogas aos prazeres da carne. A problematização moral em relação ao consumo de drogas se fundamenta num conjunto de regras morais cristãs, que localizam o prazer sob a égide do mal e da morte. As comunidades terapêuticas, em sua estrutura e tratamento ofertado, articulam-se na lógica do confinamento e nos pressupostos da moral religiosa. Elas defendem um tratamento em locais fechados, impossibilitando a circulação das pessoas na sociedade, mas, o principal método utilizado no processo de recuperação dos adictos passa pela moral religiosa. Nesse sentido, a religião é inserida como um dos pilares para o tratamento dos adictos no interior das CTs brasileiras, e as principais atividades propostas no tratamento incluem a leitura do texto

<sup>123</sup> FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 43.

<sup>124</sup> FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 97.

<sup>125</sup> FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 98.

<sup>126</sup> MAY, Roy H. *Discernimento moral: uma introdução à ética cristã*. São Leopoldo: 2008. p. 123.

<sup>127</sup> PASSOS, Eduardo H.; SOUZA, Tadeu P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Revista Psicologia e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. p. 157.

bíblico e prática de orações. Tais práticas configuram o caráter confessional das CTs e, à luz do pensamento de Michel Foucault, impõem uma responsabilidade individual em relação à causa e às consequências dos próprios atos, no caso dos adictos.<sup>128</sup> A moral religiosa é um aspecto intrínseco ao tratamento oferecido pelas CTs brasileiras, e isso afeta profundamente o seu funcionamento.

## 2.2 O funcionamento das CTs brasileiras: a moral religiosa e as práticas confessionais

De início, as CTs eram utilizadas para atenção a pessoas com problemas psiquiátricos e crônicos oriundos de experiências militares, ou seja, tratavam-se de pessoas que retornavam das guerras com problemas predominantemente psicológicos e que geralmente eram conduzidos para alas especiais dos hospitais gerais ou eram tratados pelos psiquiatras. O tratamento, dessa forma, ocorria na forma de reuniões diárias com os adictos e com a equipe responsável por eles. O objetivo era que os adictos conhecessem melhor seu diagnóstico por meio de uma aprendizagem social através da interação entre a equipe médica e os pacientes.<sup>129</sup>

É importante lembrar que as CTs brasileiras não integram o SUS, mas elas podem ser consideradas uma rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social das pessoas com dependência química. Mas, as CTs brasileiras são contempladas pelo SISNAD.<sup>130</sup> Isso ajuda a entender, por exemplo, o porquê elas são perpassadas pelo fenômeno religioso, evidenciando fortes traços da presença da moral religiosa e de práticas confessionais. Ou seja, a não regulamentação plena das CTs brasileiras, pode ser um fator preponderante para a incidência tão profunda da religião em seus espaços de tratamento.

De acordo com Luciana Fosse e Neuza Guareschi, uma parcela significativa das CTs brasileiras segue o modelo de tratamento utilizado pelo AA. Trata-se de um método fundamentado em Doze Passos e Doze Tradições, baseado na abstinência extrema e no intercâmbio da experiência etílica das pessoas alcoolistas.<sup>131</sup> Entretanto, embora mencionem deus e/ou um poder superior, o AA nega qualquer ligação com seitas ou religiões e, além disso, muitas reuniões acontecem em instituições religiosas e confessionais de diversas

<sup>128</sup> FOUCAULT, 1985, p. 47.

<sup>129</sup> JONES, Maxwell. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972. p. 21.

<sup>130</sup> PEREIRA; FELIPPE, 2019, p. 414.

<sup>131</sup> MUSUMECI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A. (org.). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 53.

vertentes.<sup>132</sup> Da mesma forma, como será apresentado mais a frente, as CTs brasileiras utilizam essas prerrogativas em seu tratamento com adictos, bem como na definição dos projetos terapêuticos que propõem.

Para entender melhor essa aproximação entre o AA e as CTs brasileiras, os Doze Passos são apresentados abaixo e, na sequência, as características das CTs podem ilustrar esse quadro:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas; 2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade; 3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos; 4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos; 5. Admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas; 6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter; 7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições; 8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados; 9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem; 10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente; 11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade; 12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.<sup>133</sup>

A CT Synanom, localizada na Califórnia (EUA), foi fundada no ano de 1953 por um grupo de pessoas ligadas à irmandade AA. Essas pessoas teriam decidido morar juntas para manterem-se em abstinência completa. Iniciativas como essa geraram outras CTs. No território brasileiro, como já dito, as CTs estão vinculadas majoritariamente à igreja católica romana e às igrejas evangélicas. O Glossário de Álcool e Drogas caracteriza as CTs como um ambiente estruturado para hospedar, ou isolar geograficamente, pessoas com transtornos derivados do consumo de drogas e substâncias psicoativas, no intuito de que elas alcancem a reabilitação.<sup>134</sup> Esse modelo residencial sinaliza que o adicto deve se comprometer com o programa de tratamento ofertado pela CT.

Assim como o AA, as CTs brasileiras pretendem promover mudanças no comportamento dos adictos e contribuir para sua reinserção na sociedade. Mas, isso é realizado a partir da construção de valores que se dá pela influência da religião. O modelo residencial das CTs e seu funcionamento pressupõem que, face à impossibilidade de

<sup>132</sup> VIVÊNCIA [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

<sup>133</sup> VIVÊNCIA, [s.d.], [n.p.].

<sup>134</sup> BRASIL. *Glossário de álcool e drogas*. Brasília: SENAD, 2010. p. 55.

promover transformação nos adictos, é preciso alterar as condições do meio em que ele vive, retirando-o da situação que favorece o consumo de drogas, ou seja, proporcionar um ambiente livre da presença de substâncias psicoativas.<sup>135</sup> Mas, na esteira desse modelo de tratamento, a moral religiosa pode ser considerada um elemento central que sustenta a rigidez sobre os adictos. Segundo Martonio Lima e Rita Monteiro:

O despreparo do Estado brasileiro em atender de forma eficaz o dependente químico na estrutura de saúde pública específica torna-o vulnerável às ofertas de tratamentos nada ortodoxos como leituras da Bíblia, cultos e missas obrigatórias, orações e trabalhos ‘forçados’, de várias modalidades, que recebem o nome significativo de ‘laborterapia’. [...] Na fala de religiosos ‘dirigentes’, o uso de drogas aparece como um pecado, ‘porque é ausência de Deus no coração que faz uma pessoa procurar as drogas’, portanto, a instituição tem a missão de transformar vidas pelo espírito, não pelo corpo.<sup>136</sup>

Segundo Luciane Raupp e Clary Milnitisky-Sapiro, a moral que fundamenta o tratamento nas CTs brasileiras dificulta o desenvolvimento das singularidades e das potencialidades dos adictos, bem como o alcance de uma recuperação plena. As autoras argumentam que as CTs não costumam distinguir ou classificar os níveis de uso, abuso e dependência de substância psicoativas, e acabam aplicando o mesmo tipo de tratamento para todos os adictos. O cerne do tratamento é a moral religiosa, que doutrina e procura dar uma resposta adequada para as necessidades dos adictos.<sup>137</sup>

Martonio Lima e Rita Monteiro argumentam que:

O que deve ser questionado é em que medida a afirmação da imposição religiosa como terapia é considerada, do ponto de vista científico, alternativa segura para a superação da dependência química. Não se trata de um aspecto simples. Se há comprovação de que a assunção de uma nova crença religiosa é capaz de operar a modificação da condição de dependente, parece razoável que se mantenha em aberto que as convicções da nova religião, incentivada pelas comunidades terapêuticas que assim agem, serão também assimiladas. Vista sob esta forma, a perspectiva do comportamento na esfera pública do dependente tratado desta forma traduzirá seu novo conjunto [...] de visões de mundo. [...] sua ação, como cidadão político de uma sociedade, será dirigida especialmente por convicções morais da religião que o teria libertado de sua condição anterior de dependente químico.<sup>138</sup>

De volta ao pensamento de Michel Foucault, ele entende que a psiquiatria ajuda a equacionar toda ligação do diagnóstico de loucura à eminência de um perigo, ou seja, ela funciona como uma intervenção autoritária, ampara num conhecimento científico, e se

<sup>135</sup> SABINO; CAZENAVE, 2005, p. 173.

<sup>136</sup> LIMA, Martonio M. B.; MONTEIRO, Rita M. P. Moral religiosa e saúde: as comunidades terapêuticas como espaços de violação do direito à saúde. *Revista R. Thermis*, Fortaleza, v. 20, n. 1, p. 173-199, 2022. p. 184.

<sup>137</sup> RAUPP, Luciane M.; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 361-368, 2008. p. 362.

<sup>138</sup> LIMA; MONTEIRO, 2022, p. 190.

articula como poder e ciência da higiene pública, demonstrando ser capaz de notar perigos a partir de um saber médico. Nesse sentido, o poder psiquiátrico deixa de incidir sobre o pensamento das pessoas doentes e se desloca sobre o que elas fazem ou para o que elas são capazes de fazer. Ele explica que a psiquiatria se constituiu como poder e saber de proteção social a partir de seu interesse pela loucura. Isso foi possível a partir da noção de instinto, que possibilitou a organização da problemática do anormal no âmbito das condutas cotidianas. Nesse jogo de saber e poder, a função do instinto consistia na sua capacidade de transformar a ausência da razão de um ato num mecanismo patológico positivo. Nesses termos, o instinto ocupou o lugar de domínio na psiquiatria, antes ocupado pela demência e pelo delírio.<sup>139</sup>

O pensamento de Michel Foucault ajuda a entender o consumo de substância psicoativas e de drogas como a falta de controle do instinto humano, bem como da ausência da razão. Ou seja, o adicto é, na verdade, uma pessoa que perdeu o controle de si mesmo e acaba agindo sob a égide dos seus instintos, podendo colocar, além de si mesmo, outras pessoas em situação de risco.<sup>140</sup> Esse argumento já é suficiente para inserir o adicto como objeto de intervenção da psiquiatria, isto é, alguém que necessita de tratamento para ser normalizado, por assim dizer. Mas, no interior das CTs brasileiras, a normalização dos adictos é apresentada nos termos de uma proposta que sugere a abstinência das substâncias psicoativas.

A lógica do tratamento realizado nas CTs brasileiras pressupõe que os adictos, diante do consumo de substâncias psicoativas, têm seus instintos alterados por essas substâncias e que a abstinência completa, com base na moral religiosa, pode desencadear outros instintos que colocam em risco eles mesmos e suas famílias, por exemplo: violência, roubos, furtos, etc. Enfim, atos justificados pelos maus instintos gerados a partir do consumo de substâncias psicoativas. A falta de controle desses instintos ao lado do perigo que oferecem à sociedade como um todo sustentam as concepções e as justificativas que defendem o funcionamento das CTs brasileiras, inclusive seus vínculos com a rede de saúde pública, como foi observado no primeiro capítulo.<sup>141</sup>

Na seção anterior, foi dito que as CTs são instituições fechadas e designadas ao tratamento de adictos através de um processo de segregação social, pautado em normas rígidas de funcionamento e de controle sobre a vida dessas pessoas. Foi dito ainda que esse modelo rememora as antigas instituições do leprosário e do manicômio. Essas afirmações

---

<sup>139</sup> FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fones, 2010a. p. 68.

<sup>140</sup> FOUCAULT, 2010a, p. 70.

<sup>141</sup> SEZORTE; SILVA, 2019, p. 428.

ajudam a entender que o modelo de tratamento das CTs brasileiras conforma uma lógica de segregação dos adictos, em que a moral religiosa predomina como um elemento fundamental. A moral religiosa problematiza o consumo de substâncias psicoativas em relação a um conjunto de regras morais, majoritariamente cristãs – católicas romanas e evangélicas – que iguala o prazo com o mal com a morte.<sup>142</sup>

As práticas de confissão que ocorrem nas CTs brasileiras também podem ser esclarecidas à luz do pensamento de Michel Foucault. Para ele, a revelação forçada pode ser entendida como um procedimento de poder fundamental, em que, no interior dos procedimentos de individualização pelo poder, tem-se a rubrica da confissão da verdade. Esse pensador procurou demonstrar a institucionalização de diversos procedimentos de revelação desse enunciado, por exemplo, a psiquiatria, psicanálise e sexologia. Ele aponta que o fio condutor desse processo de institucionalização teria sido o ritual de penitência.<sup>143</sup>

Nas palavras de Michel Foucault, as práticas de confissão têm características específicas e remontam à Antiguidade, observe:

E efetivamente, de acordo com alguns textos, aliás extremamente alusivos e esquemáticos, é isto o que se passa nos grupos epicuristas, isto é, a obrigação que têm os alunos de se reunir em grupo diante do *kathegouímenos* e depois falar: falar para dizer o que pensam, para dizer o que têm no coração, falar para dizer as faltas que cometeram e as fraquezas de que se sentem ainda responsáveis ou às quais ainda se sentem expostos. É assim que encontramos – pela primeira vez, parece-me, de maneira bastante explícita no interior desta prática de si da Antiguidade greco-romana – a prática da confissão. [...] uma prática verbal, explícita, desenvolvida e regrada pela qual o discípulo deve responder a esta parrésia da verdade do mesmo modo com uma certa parrésia, uma certa abertura de coração que é a abertura de sua própria alma colocada em comunicação com a dos outros, esperando assim, por meio disto, o que é necessário para que ele realize sua própria salvação.<sup>144</sup>

Nesse sentido, a prática de confissão, em Michel Foucault, é um modo historicamente estabelecido em relação ao sujeito e a verdade sobre si mesmo. Para esse pensador, a tecnologia da confissão pressupõe um conjunto de saberes e práticas relacionadas à subjetividade, inserido numa relação de incitação recíproca, em que o ato da verbalização produz um conhecimento sobre o sujeito. O ato de verbalização pode ser entendido como o exercício do discurso sobre si mesmo. Dessa forma, Michel Foucault estabelece que:

Desde a Idade Média, pelo menos, as sociedades ocidentais colocaram a confissão entre os rituais mais importantes de que se espera a produção de verdade: a regulamentação do sacramento da penitência pelo Concílio de Latrão em 1215; o desenvolvimento das técnicas de confissão que vêm em seguida; o recuo na justiça criminal, dos processos acusatórios; o desaparecimento das provações de culpa

<sup>142</sup> PASSOS; SOUZA, 2011, p. 158.

<sup>143</sup> FOUCAULT, 2007b, p. 38.

<sup>144</sup> FOUCAULT, Michel. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004. p. 469.

(juramentos, duelos, julgamentos de Deus); e o desenvolvimento dos métodos de interrogatório e de inquérito. [...] a instauração dos tribunais de inquisição, tudo isso contribui para dar à confissão um papel central na ordem dos poderes civis e religiosos. [...] A confissão da verdade se inscreveu no cerne dos procedimentos de individualização pelo poder.<sup>145</sup>

Mas, o ritual de penitência não incluía, a princípio, a revelação obrigatória. Foucault explica que a absolvição dos pecados acontecia pelas penas que a pessoa infligia, adotando o estatuto de penitente. Apenas o bispo poderia designar esse estatuto, e isso apenas aconteceria uma vez na vida de quem solicitava tal estatuto. No decorrer do tempo, essa penitência foi ganhando novas tonalidades, desembocando na obrigatoriedade da revelação ao padre, já que ele poderia indicar qual penitência teria que ser consumada para remissão dos pecados. Paulatinamente, o ritual da penitência moveu-se para as formas simbólicas, assumindo, cada vez mais, a própria revelação.<sup>146</sup>

Vale destacar do pensamento de Michel Foucault, em relação às CTs brasileiras, que as práticas de confissão se articulam como um tipo de dobra sobre si, sinalizando uma relação consigo mesmo, configurando-se como uma relação de interiorização e de introspecção, ou melhor, de uma profunda busca pela verdade sobre si, em que o sujeito falante – os adictos das CTs – coincide com o sujeito do enunciado, produzindo, dessa forma, um discurso de verdade sobre ele mesmo. Isso sempre acaba desembocando numa espécie de relação de expiação, ou de culpabilização, que implica na busca por um conhecimento e de um trabalho do adicto sobre si mesmo, e isso sempre é perpassado por certo ascetismo, uma renúncia de si, do corpo, do desejo, etc. Por isso, Michel Foucault entende que as práticas de confissão expressam, em alguma medida, uma tecnologia de conhecimento e subjetivação das pessoas.<sup>147</sup>

Para Michel Foucault:

O cristianismo [...] é uma confissão. [que] pertence a um tipo bem particular de religiões: aquelas que impõem aos que praticam obrigações de verdade. [...] essas obrigações são numerosas. [...], por exemplo, a obrigação de sustentar como verdadeiras um conjunto de proposições que constituem o dogma, a obrigação de considerar certos livros como fonte permanente de verdade, e a de aceitar as decisões de certas autoridades em matéria de verdade. Cada cristão deve se sondar para verificar quem ele é, o que se passa em seu próprio interior, as faltas cometidas, as tentações às quais ele se expôs. E, além disso, cada um deve dizer essas coisas a outros, testemunhando assim contra ele próprio.<sup>148</sup>

<sup>145</sup> FOUCAULT, 2007b, p. 58.

<sup>146</sup> FOUCAULT, Michel. *Do governo dos vivos: curso no Collège de France, 1979-1980: excertos*/Michel Foucault. São Paulo: Centro de Cultura Social, 2010b. p. 51.

<sup>147</sup> FOUCAULT, 2007b, p. 58-59.

<sup>148</sup> FOUCAULT, 1999, p. 95-96.

Tem-se, pois, na direção cristã, três princípios fundamentais, a saber: obediência sem fim, exame incessante e a confissão exaustiva. Para Foucault, há um laço de plena liberdade de aceitação da direção, ou seja, na direção, existem técnicas pelas quais se vinculam uma vontade a outra. Nesse sentido, a relação de direção fixa a perfeição, a tranquilidade da alma e a ausência de paixões, provocando uma relação do sujeito consigo mesmo. Isto é, o sujeito dirigido, por assim dizer, procura uma finalidade que não lhe é externa, e sim uma finalidade interna que pode ser compreendida como um modo de relação consigo mesmo.<sup>149</sup> Nas palavras de Michel Foucault:

Por consequência, se chamarmos subjetivação à formação de uma relação definida de si consigo, pode-se dizer que a direção é uma técnica que consiste em ligar duas vontades de maneira que elas retem uma em relação a outra continuamente livres; de as ligarem de tal maneira que uma queira isso que quer a outra, mas isso com uma finalidade de subjetivação, que quer dizer, de acesso a uma certa de relação de si consigo.<sup>150</sup>

Ainda vale mencionar a prática do interrogatório e da extorsão da confissão, que, segundo Foucault, nunca mudou e se constitui como um procedimento constante. O interrogatório ajuda fixar o sujeito a sua identidade social: “é um método disciplinar e, nesse nível, podem-se efetivamente identificar seus efeitos”<sup>151</sup>. É um dos elementos de fratura do sistema disciplinar, porque delimita o momento em que o saber da medicina passa a falar em termos de verdade, e não mais de poder. Em outras palavras, uma verdade que se molda com o saber científico.<sup>152</sup>

Com efeito, a confissão torna-se um ato de verdade em que o sujeito protagoniza. A verdade emerge do discurso que lança luz sobre o que estava obscuro. Isso torna esse sujeito uma testemunha, pois ele passa a afirmar que isso se sucedeu em sua consciência numa observação interior de si mesmo. Mas, Foucault também considera que esse sujeito é objeto, porque ele é quem atua na cena de seu próprio testemunho e na manifestação da verdade que ele opera.<sup>153</sup>

Depreende-se que as práticas profissionais no interior das CTs convocam os adictos a admitir para si e para outras pessoas sua falta de controle de seus instintos em relação ao consumo de substâncias psicoativas. Nesse processo, o exame da consciência, enquanto um princípio da direção cristã, consiste numa atividade que acontece sobre o fluxo do pensamento

<sup>149</sup> FOUCAULT, 2010b, p. 88.

<sup>150</sup> FOUCAULT, 2010b, p. 90.

<sup>151</sup> FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*: curso dado no Collège de France, 1973-1974. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 300.

<sup>152</sup> FOUCAULT, 2006, p. 300.

<sup>153</sup> FOUCAULT, 2010b, p. 78.

em sua totalidade, ou seja, apreendendo o pensamento em seu momento de realização. É através do exame de si mesmo que se obtêm as certezas fundamentais da consciência, e que se procura uma relação fundamental com a verdade. Por isso, vale pressupor que a confissão está arraigada nos adictos e, muitas vezes, não é percebida como efeito de um poder coercitivo. Nas palavras de Foucault, “a confissão é um ritual de discurso onde o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado”<sup>154</sup>.

O pensamento de Michel Foucault ajuda a vincular as práticas de confissão e moral religiosa – em relação ao tratamento das CTs brasileiras – na busca dos adictos pela verdade sobre si, em especial acerca das causas sobre o consumo de substâncias psicoativas, sobre o mal que esse consumo provoca, o erro que representam e sobre a vitimização face à substância que lhe corrompeu. Segundo Luciana Fosse e Neuza Guareschi, essa representa a verdade subjetiva tomada pelos adictos das CTs brasileiras.<sup>155</sup>

As práticas confessionais, ao lado da moral religiosa, é um dos elementos que perpassa o tratamento de adictos nas CTs brasileiras. São práticas pertencentes ao Cristianismo ocidental. A confissão, ao lado da moral religiosa, segundo o pensamento de Michel Foucault, entende-se nas práticas de tratamento realizadas nas CTs brasileiras.

### 2.3 A religião e o tratamento das CTs brasileiras

O ser humano procura significar a vida, dar sentido ao caos e às experiências, dolorosas ou não, que vivencia. A religião ajuda nesse processo e, através dela, muitas pessoas tentam explicar suas próprias experiências. Entretanto, não é uma tarefa simples definir o que é religião. Para Paulo Dalgalarondo:

Estudar, refletir e escrever sobre religião é trabalhar sobre o mesmo material de que ela é feita, da experiência humana nos seus limites, assim como de símbolos culturais, que constituem e alimentam, constroem e enriquecem, viabilizam nossos espíritos e nossa existência neste mundo. Todos, crédulos e incrédulos, de uma forma ou de outra, somos tocados pelo espírito da religião e dele dificilmente escapamos.<sup>156</sup>

Rubem Alves considera que a religião exerce influência sobre o ser humano, pois as pessoas não conseguem “se desvencilhar do seu fascínio. Na realidade, não se tem notícia de

<sup>154</sup> FOUCAULT, 2006, p. 70.

<sup>155</sup> FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 111.

<sup>156</sup> DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19.

cultura alguma que não a tenha produzido, de uma forma ou de outra”<sup>157</sup>. Nesse sentido, as pessoas jamais conseguiriam entender a religião, mas não ficam isentas de seus encantos.

Giovanni Filoramo e Carlo Prandi entendem que, a partir de Karl Marx e Sigmund Freud, a religião nasce de um estado doentio da condição humana e que a função dela seria propor soluções erradas para sanar essa condição patológica.<sup>158</sup> Essa ótica não vislumbrava um papel social na religião, mas ele surgia como um elemento indispensável que protegeria a sociedade do caos provocado pela Revolução Industrial. No século XIX, a definição de religião permeia em torno da concepção substantiva-funcional e exclusiva-inclusiva, que se refere às entidades transcendentais e que considera a religião como uma concepção de mundo com um papel específico, respectivamente. Ou seja:

Dado o vínculo do termo religião com a história cultural e intelectual do Ocidente, não surpreende que muitas vezes ‘Deus’ seja indicado como o elemento fundamental constitutivo de tais definições – ocasionalmente de forma muito concreta, às vezes também na forma de um abstrato ‘divindade’ ou no plural ‘deuses’.<sup>159</sup>

Paulo Dalgalarondo aponta para o aspecto necessário da religião. Para ele:

Crer, ter fé, é algo fundamental para as pessoas, não apenas por seu aspecto intelectual ou interno ao campo subjetivo, mas, sobretudo porque crer implica uma dimensão performativa dirigida ao mundo externo; ter fé é sempre invocar concretamente o poder do mundo espiritual para os eventos e as experiências da vida diária.<sup>160</sup>

E ele reforça sua ideia a partir do pensamento de Émile Durkheim, quando cita:

Antes de tudo, a religião supõe a ação de forças *sui generis*, que elevam o indivíduo acima dele mesmo, que o transportam para um meio distinto daquele no qual transcorre sua existência profana, e que o fazem viver uma vida muito diferente, mais elevada e mais intensa. O crente não é somente um homem que vê, que conhece coisas que o descrente ignora: é um homem que pode mais.<sup>161</sup>

Giovanni Filoramo e Carlo Prandi destacam o caráter funcional da religião, no pensamento de weberiano. Porém, Max Weber não teria se importando tanto com a referência à divindade, e sim com que tudo corresse bem, ou seja, a crença religiosa poderia provocar uma espécie de comportamento pragmático.

Dessa forma, do ponto de vista dos modelos funcionalistas tradicionais, o papel da religião contribui para a integração na sociedade. Nas palavras de Klaus Hock:

<sup>157</sup> ALVES, Rubem. *O enigma da religião*. 4. ed. Campinas: Papirus, 1984. p. 17.

<sup>158</sup> FILORAMO, Giovanni; PRANDI, Carlo. *As ciências das religiões*. São Paulo: Paulus, 1999. p. 260.

<sup>159</sup> HOCK, Klaus. *Introdução à Ciência da Religião*. São Paulo: Loyola, 2010. p. 23.

<sup>160</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 26.

<sup>161</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 38.

Com estas teorias está geralmente um modelo harmonizante de cultura: a suposição é de que a cultura ‘funcione’ de modo ideal quando as diferentes áreas parciais nas quais existe [...] se complementam mútua e harmonicamente e estão em recíproca sintonia. [...] a função e o desempenho particular da religião seria integrar as pessoas à sociedade e [...] garantir o funcionamento harmônico da sociedade.<sup>162</sup>

Todavia, Klaus Hock não despreza o fato de que a religião pode apresentar, também, uma função desintegrante e gerar efeitos desestabilizadores. Para ele, “também definições funcionais de religião têm seus limites: quanto mais concretamente relacionadas com culturas determinadas, tanto mais diversificadas serão as respostas à pergunta: o que é religião”<sup>163</sup>. O pensamento desse autor ajuda a entender que não existe uma definição única para a religião, que possa solucionar as diferenças sociais e tornar-se uma força integradora em diferentes situações e culturas. Rubem Alves afirma, “não existe religião alguma que seja falsa. Todas elas respondem de formas diferentes a condições dadas da existência humana”<sup>164</sup>.

Giovanni Filoramo e Carlo Prandi apresentam três vertentes de pensamento norte-americanas acerca da religião: teoria *wishful thinking*, teoria simbolista e teoria cognitivista. A primeira vertente pensa que a função da religião consiste em ofertar consolo: “os deuses existem como esperança nas consciências humanas: servem para que tenhamos compensações àquelas coisas que desejamos, mas não conseguimos obtê-las na realidade”<sup>165</sup>. A segunda vertente considera a religião como um fator de ordem, ou seja, na ótica simbolista, a religião considera não o mundo em seu conjunto, e sim a sociedade, sendo que os símbolos religiosos serviriam apenas para manter a coesão e a ordem. Na última vertente, a religião oferta uma explicação do mundo, ao lado do desejo de controlá-lo. A teoria cognitivista pressupõe que a religião consiste em interpretar o mundo como humano, especialmente frente às situações de incerteza em relação ao que se vê, isto é, as pessoas apostariam nas interpretações mais significativas que estiverem disponíveis.<sup>166</sup>

Apesar disso, Rubem Alves expressa que:

Mas a intenção da religião não é explicar o mundo. Ela nasce, justamente, do protesto contra este mundo que pode ser descrito e explicado pela ciência. E descrição científica, ao se manter rigorosamente dentro dos limites da realidade instaurada, sacraliza a ordem estabelecida de coisas. A religião, ao contrário, é a voz de uma consciência que não pode encontrar descanso no mundo, tal como ele é, e que tem como seu projeto utópico transcendê-lo.<sup>167</sup>

Por isso, Giovanni Filoramo e Carlo Prandi sugerem o seguinte:

<sup>162</sup> HOCK, 2010, p. 25.

<sup>163</sup> HOCK, 2010, p. 25.

<sup>164</sup> ALVES, Rubem. *O que é religião?* 4. ed. São Paulo: Loyola, 1999. p. 54.

<sup>165</sup> FILORAMO; PRANDI, 1999, p. 265.

<sup>166</sup> FILORAMO; PRANDI, 1999, p. 265.

<sup>167</sup> ALVES, 1984, p. 29.

Cabe ao estudioso, tomando por base a própria formação e as questões que se coloca sobre (e para) a religião como dimensão cultural (porque de outro modo não a podemos ler), utilizar caso a caso as chaves mais adequadas para a leitura das realidades religiosas que ornaram (e ainda ornaram) as sociedades humanas.<sup>168</sup>

E para reforçar essa ideia, é importante destacar o pensamento de Klaus Hock, que sugere um conceito aberto de religião:

O que é ‘religião’? Primeiramente um construto científico que abrange todo um feixe de definições de caráter funcional de conteúdo, através do qual podem ser captados, como ‘religião’, num esquema, elementos relacionados entre si e formas de expressão, como objeto e área de pesquisa científico-religiosa (e outra). Pertencem a esses elementos e formas, entre outros, dimensões da ética e da atuação social (normas e valores, padrões de comportamento, formas de vida), dimensões rituais (atos cômicos e outros atos simbólicos), dimensões cognitivas e intelectuais (sistemas de doutrina e de fé, mitologias, cosmologias etc., ou seja, todo o saber ‘religioso’), dimensões sociopolíticas e institucionais (formas de organização, direito, perícia religiosa, etc.), dimensões simbólico-sensuais (sinais e símbolos, arte religiosa, música etc.) e dimensões da experiência (experiências de cura e de salvação, experiências de comunidade e de unificação..). Com essas definições, renuncia-se a uma definição inequívoca de ‘religião’; [...] o termo religião permanece conscientemente aberto.<sup>169</sup>

A religião, em Klaus Hock, abarca critérios, dimensões, culturas, entre outros aspectos. A religião é, nesses termos, um elemento essencial da natureza humana, que pode se manifestar ao longo da vida e em culturas diversas.

O conceito aberto de religião ajuda, portanto, compreender a influência desse fenômeno nas CTs brasileiras. A função da religião no interior das CTs possibilita que o “mundo concreto (e potencialmente caótico) seja formulado como um cosmos mais ou menos coerente. [...] permite a produção de sentido, podendo cada fenômeno particular, cada experiência fragmentária, ser integrada a essa ordem cósmica engendrada pela religião”<sup>170</sup>. Em 2003, A OMS definiu a saúde como um estado de pleno bem-estar físico, mental, social e espiritual.<sup>171</sup> Com efeito, um aspecto relevante da relação entre saúde, bem-estar e religião “é o papel potencial da religião como forma de lidar com demandas, perdas e dificuldades internas e externas”<sup>172</sup>.

Isso não significa que todas as experiências com a religião nas CTs sejam positivas, protetivas ou benéficas. Pelo contrário:

O envolvimento com a religião conduziria a um melhor estado de saúde reforça uma velha crença popular de que a doença é causada por falhas morais dos próprios doentes. Assim nas várias religiões, os seguidores mais assíduos seriam “pessoas

<sup>168</sup> FILORAMO; PRANDI, 1999, p. 275.

<sup>169</sup> HOCK, 2010, p. 27.

<sup>170</sup> BOURDIEU, 1971 *apud* DALGALARRONDO, 2008, p. 48.

<sup>171</sup> NAÇÕES UNIDAS BRASIL [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

<sup>172</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 178.

melhores” e, portanto, mereceriam melhor saúde. Isso poderia trazer mais um peso a pessoas doentes, pois teriam a culpa de serem pouco religiosas e, conseqüentemente, mais doentes.<sup>173</sup>

Paulo Dalgarrondo defende que a religião pode inibir o consumo de substâncias psicoativas, mas pode de igual modo afastar o adicto do círculo social aquelas pessoas que se sentem incapazes de abandonar o vício. Para o autor, o consumo de substâncias psicoativas é possivelmente a área da epidemiologia da religião em que se encontram os resultados mais consistentes. Isto é:

É plausível que alguns fatores estejam na base dessa associação negativa entre religiosidade e uso de substâncias psicoativas: valores negativos associados com o uso e abuso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, recomendações e proibições explícitas aos jovens e demais adeptos para que não experimentem ou utilizem as substâncias com noções como ‘pecado’, ‘tentação’, ‘queda’, ‘afastamento da fé’ talvez também contribuía para que alguns membros recusem a experimentação ou o uso contínuo de substâncias psicoativas. [...] Finalmente, também é plausível que pessoas com maior envolvimento com álcool e drogas se distanciem da vida religiosa (saindo ou não ingressando nela), por não se sentirem aceitos no meio religioso (principalmente se mantiverem os mesmos hábitos), por desejarem continuar usando álcool e drogas sem que ninguém os incomode, ou por se sentirem incapazes de satisfazer as exigências do ambiente religioso.<sup>174</sup>

O uso como cada adicto faz em relação aos direcionamentos religiosos pode ser classificado como *coping religioso*, que representa o conjunto de ações que os seres humanos aplicam para lidar com situações estressantes, ou melhor, o “conjunto de procedimentos cognitivos e comportamentais dos quais as pessoas lançam mão perante eventos difíceis ou estressantes da vida, que surgem ou estão vinculados à religião ou à espiritualidade”<sup>175</sup>.

O *coping religioso* pode ser positivo ou negativo, levando em consideração os resultados obtidos:

1 - Positivo – Fornece um conjunto de sentido e significados plausíveis para a existência, para o sofrimento e para a morte. Negativo - por meio da ideia maniqueísta de bem e de mal absolutos, figuras do mal, como o demônio, podem disponibilizar um perseguidor constante. 2 – Positivo – Produz e fornece uma rede de apoio social acessível e culturalmente aceitável para o sujeito. Negativo – Diminui a liberdade individual por meio de cobranças existentes do grupo sócio-religioso em relação tanto a comportamentos como a pensamentos, fantasias e valores. 3 – Positivo – Estabelece padrões comportamentais saudáveis em relação ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Negativo – Estabelece padrões de conduta moral de difícil alcance, produzindo uma sensação constante de culpa, insuficiência e baixa autoestima.<sup>176</sup>

<sup>173</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 178.

<sup>174</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 183.

<sup>175</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 187.

<sup>176</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 260.

Em relação a inserção da religião no tratamento oferecido pelas CTs brasileiras, o pensamento de Raquel Panzini e Denise Bandeira indica que maiores seriam os efeitos positivos do que os negativos, em relação ao uso de estratégias de *coping religioso*, classificado por elas como *coping religioso-espiritual* (CRE). Observe:

Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de CRE positivas do que negativas para diferentes amostras em diferentes situações estressantes de vida [...] e que estratégias de CRE não são apenas melhores preditores dos resultados de experiências estressantes do que medidas religiosas globais, mas acrescentam variância única à predição destes resultados, incluindo os de saúde e bem-estar, acima e além dos efeitos das estratégias de coping não religioso avaliadas [...]. Estratégias positivas de CRE apresentaram correlação positiva com melhor saúde mental (menos sintomas depressivos e melhor qualidade de vida), crescimento relacionado ao estresse, crescimento espiritual e cooperatividade. Estratégias negativas de CRE tiveram correlação negativa com saúde física, depressão e qualidade de vida.<sup>177</sup>

As autoras ainda argumentam que as religiões tradicionais, que possuem uma liderança comprometida, são mais propícias para produzirem *coping religioso* positivo. Mas, nas CTs brasileiras, a abstinência de drogas ou de substâncias psicoativas pode levar os adictos a uma síndrome ou situação de grande estresse na qual o conduziria a vislumbrar possibilidades de amparo na religião, que está no pano de fundo do tratamento oferecido. No momento em que o adicto se vê impotente para lidar com essa situação, a religião emerge como uma força para superar tal limitação, pois o coping religioso se mostra mais benéfico para as pessoas que encontram situações mais estressantes que os empurram para além da capacidade de seus recursos imediatos – morte e doenças terminais, por exemplo. Em situações desse tipo, as pessoas reconhecem suas limitações e clamam por soluções mais definitivas. E é aqui que o *coping religioso* pode ser mais convincente, explicam Kenneth Pargament e Hisham Raya.<sup>178</sup>

Novamente, é importante considerar a complexidade que envolve as maneiras como a religião influencia o comportamento das pessoas – e, no caso da pesquisa, no comportamento dos adictos das CTs brasileiras. Segundo Kenneth Pargament, o papel da religião está para além de ações de fazer o bem ou o mal, pois, em muitos casos, a religião pode abarcar a contradição e ser positiva e negativa, simultaneamente, para as pessoas ou para um grupo social. Ela pode proporcionar libertação e aprisionamento, uma consciência crítica ou

<sup>177</sup> PANZINI, Raquel G.; BANDEIRA, Denise R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005. p. 508.

<sup>178</sup> PARGAMENT, Kenneth I.; RAYA, Hisham A. A decade of research on the psychology of religion and coping: things we assumed and lessons we learned. *Journal Psyke & Logos*, [s.l.], v. 28, p. 742-766, 2007. p. 756.

alienação, alívio e sofrimento.<sup>179</sup> Para esse autor, na verdade, a religião é algo ainda maior, ou seja, visa mais que fornecer significado ou aplacar a dor, mas responde ao desejo por transcender a vida e a uma avidez por mistério, porque ao mesmo tempo que acolhe também vai ao encontro do absurdo da condição humana.<sup>180</sup>

O tratamento dos adictos nas CTs brasileiras é perpassado por aspectos da moral religiosa e corolários, porque é amplamente influenciado pelo fenômeno religioso. Nas CTs, a religião funciona com objetivos de motivar a abstinência do consumo de drogas e reestruturar a vida em comunidade dessas pessoas, em seu processo de recuperação. Por isso, no próximo capítulo, analisa-se a presença da religião em uma CT localizada no Estado do Espírito Santo.



---

<sup>179</sup> PARGAMENT; RAYA, 2007, p. 744.

<sup>180</sup> PARGAMENT; RAYA, 2007, p. 745.

### 3 A RELIGIÃO NO INSTITUTO DE CONSCIÊNCIA ANTIDROGAS: PROPOSTA PROFISSIONAL PARA O TRATAMENTO DOS ADICTOS

Este último capítulo apresenta uma proposta profissional para o tratamento com os adictos no interior das CTs brasileiras, em especial no ICAD. Trata-se de uma adaptação do Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual (MICE), que pode ser considerado uma abordagem holística do cuidado ao adicto. O capítulo descreve as principais características do MICE, apresenta brevemente o ICAD e esboça as propostas profissionais de tratamento para as CTs brasileiras, sobretudo para o ICAD, que representa o espaço no qual o autor da pesquisa atuou como observador participante.

#### 3.1 O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual

As CTs brasileiras não constituem um todo homogêneo, pelo contrário, elas apresentam formas de atuação bastante diferenciadas e muitas delas têm suas atividades amparadas pela legislação vigente, recebendo apoio por parte do governo. A expansão do número de CTs no país vem acompanhada de mudanças significativas, em que se evidencia uma superação do antigo modelo assistencialista e uma reestruturação nos parâmetros recomendados pela legislação federal. Várias CTs complementam seus serviços a partir de parcerias com profissionais especializados, tais como: médicos, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros, no intuito de aprimorar as técnicas de tratamento junto aos adictos. Embora isso represente um grande avanço, não se pode desprezar o fato de que uma parcela significativa das CTs no Brasil ainda realiza o tratamento com dependentes químicos sob a influência da religião, apoiados nos pressupostos da moral religiosa e práticas confessionais, não reunindo em seu quadro profissionais especializados.<sup>181</sup>

No Brasil, há pelo menos três modelos distintos de CTs. O primeiro modelo é representado pelas CTs com enfoque religioso-espiritual, em que o tratamento é realizado através de religiosos e adictos ex-membros daquela instituição. O segundo modelo demonstra um enfoque científico, e o tratamento acontece a partir da atuação de equipes multidisciplinares vinculados à área da saúde, compostas por profissionais da medicina, enfermagem, serviço social, psicologia e psiquiatria. O último modelo apresenta uma proposta

---

<sup>181</sup> FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 113.

mista, através da fusão dos modelos precedentes, isto é, o religioso e o científico. Como já dito, o número de CTs está expandindo no território nacional, sobretudo aquelas que são fundadas e mantidas pelas religiões católicas, evangélicas e espíritas, mas, o processo terapêutico realizado nelas é perpassado pela moral religiosa e por práticas confessionais.<sup>182</sup>

Foi dito anteriormente que a OMS definiu o conceito de saúde como um estado de pleno bem-estar físico, mental, social e espiritual.<sup>183</sup> Atualmente, já é possível falar em uma metodologia terapêutica holística, que considera o ser humano de modo integral, incluindo a dimensão espiritual. Em outras palavras, o olhar holístico sobre o ser humano passa a contemplar além dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incluindo, agora, a dimensão espiritual, que, na literatura, é tratada de forma distinta das dimensões psíquica ou somática e considerada genuinamente humana.<sup>184</sup>

Antes de explicar o que é o MICE, é importante mencionar que a metodologia terapêutica holística não trata as diferentes dimensões que constituem o ser humano separadamente, mas o trata como um todo, de forma integrada. Nesse sentido, essa metodologia pressupõe que cada pessoa está inserida em um contexto específico, formando um sistema completo e complexo. De modo geral, os terapeutas holísticos entendem que toda doença ou desequilíbrio tem início quando a pessoa perde a fé em si mesma, ou quando deixa de acreditar nas suas capacidades e acaba se desligando da dimensão espiritual.<sup>185</sup>

No Brasil, as técnicas mais utilizadas na terapia holística são as seguintes: Yoga, Acupuntura, Reiki, Florais, Aromaterapia, Shiatsu, Ta-Chi-Chuan, Massagem, Reflexologia, Ortomolecular, Homeopatia, Meditação, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Ayurveda, entre outras. A profissão do terapeuta holístico ainda não é regulamentada pela lei brasileira, mas é reconhecida pelo Ministério do Trabalho e é listada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).<sup>186</sup> Através de vários métodos, os terapeutas acreditam ter condições de promover o equilíbrio físico, psíquico, social e espiritual nas pessoas, bem como entendem que podem ajudá-las a lidarem com problemas que envolvem estresse físico ou emocional, dores, depressões, ansiedades, traumas, etc.<sup>187</sup>

Mas, a utilização de uma abordagem holística em nível clínico levou ao desenvolvimento do MICE, que é uma metodologia de cuidado espiritual que reúne no

<sup>182</sup> FEITOSA; GARCIA FILHO, 2020, p. 11.

<sup>183</sup> NAÇÕES UNIDAS BRASIL, [s.d.], [n.p.].

<sup>184</sup> HEFTI, René; ESPERANDIO, Mary G. The interdisciplinary spiritual care model: a holistic approach to patient care. *Revista Horizonte*, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, 2016. p. 24.

<sup>185</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 25.

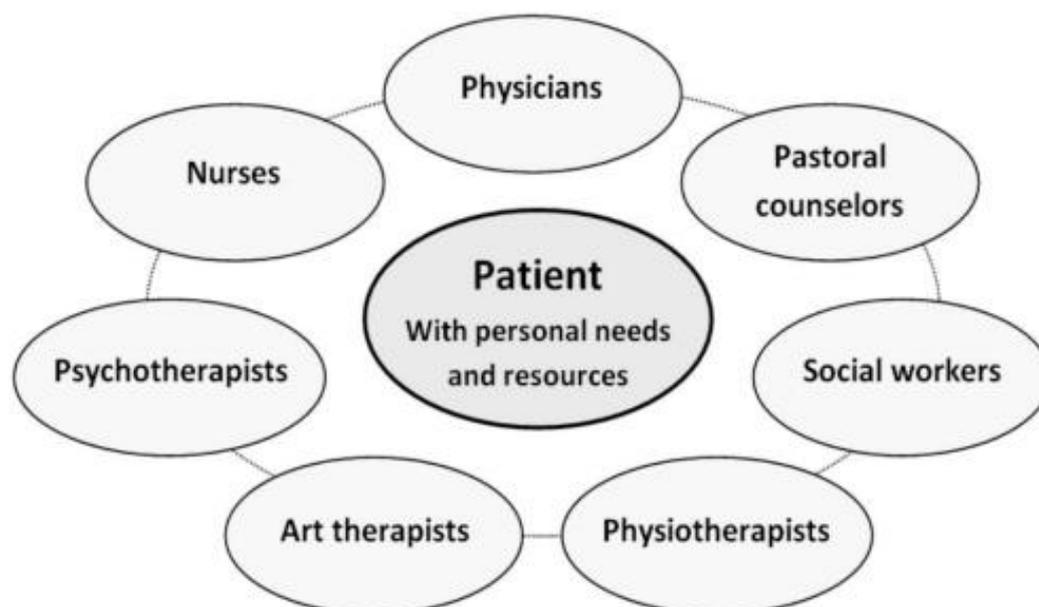
<sup>186</sup> MINISTÉRIO DO TRABALHO. *Classificação brasileira de ocupações*. [s.d.]. [online]. [n.p.].

<sup>187</sup> IAQC. *O que é terapia holística?* [s.d.]. [online]. [n.p.].

tratamento os elementos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que constituem os seres humanos.<sup>188</sup> Entretanto, para René Hefti e Mary Esperandio, o desafio consiste em saber como realizar uma visão holística ou integral do ser humano num ambiente clínico. Os autores consideram que uma doença qualquer pode quebrar padrões preexistentes de enfrentamento e, ao mesmo tempo, levanta questões sobre a relação de cada pessoa com o transcendente.<sup>189</sup> Nesse aspecto, a religião pode ser considerada um elemento gerador, mediador ou moderador de questões biológicas, psicológicas e sociais, o que justificaria a conexão entre religião e saúde.<sup>190</sup>

Por isso, a proposta do MICE consiste em reunir o trabalho de enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, capelães e outros profissionais, pressupondo que a colaboração interdisciplinar contribui para o sucesso global do tratamento. Sem desprezar o fato de que a interação entre as disciplinas é complexa e que ela precisa ser bem gerenciada, o MICE propõe um modelo padrão de equipes, definindo as esferas de atuação de cada profissional, de modo que sejam evitados ou reduzidos os conflitos e/ou as sobreposições de papéis. A parceria entre as disciplinas e a centralidade do paciente são cruciais nas propostas do MICE, como pode ser observado na figura abaixo:

Figura 1. Equipe interdisciplinar de saúde a partir do MICE<sup>191</sup>



<sup>188</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 24.

<sup>189</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 24.

<sup>190</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 25.

<sup>191</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 27.

O MICE envolve nessa equipe o capelão hospitalar como um dos profissionais dedicados ao cuidado espiritual dos pacientes. Mas, sua atuação depende muito do contexto cultural e das regras que regem sua atividade profissional. Os EUA, por exemplo, é um país que reconhece a importância dos capelães hospitalares, recebendo, inclusive, treinamentos para aprimorarem sua atividade profissional.<sup>192</sup>

Mas, apesar de delinear as esferas de atuação no intuito de evitar conflitos e sobreposição de papéis, o MICE propõe que toda equipe deve compartilhar responsabilidades em torno dos assuntos que tocam a religião. Ou seja, cada membro da equipe deve ser capaz de avaliar as necessidades espirituais dos pacientes, documentá-las e comunicá-las nas reuniões de equipe ou para o profissional responsável pelo cuidado espiritual. Nesse sentido, O MICE prevê uma dupla relevância para o profissional dedicado ao cuidado espiritual dos pacientes, isto é, ao mesmo tempo em que ele é o especialista responsável pela administração do cuidado espiritual dos pacientes, ele tem um papel fundamental em relação ao ensino acerca do fenômeno religioso e ao apoio à equipe interdisciplinar.<sup>193</sup>

Nessa perspectiva, o MICE pode ser considerado como uma abordagem mista, que conflui os elementos da religião e a ciência em relação ao tratamento das pessoas. O MICE, com sua proposta interdisciplinar, considera o ser humano como um todo, numa ótica integral que não despreza a dimensão espiritual, mas a considera como algo genuinamente humano. O MICE propõe uma organização das equipes de atendimento em que o ponto central do cuidado espiritual almeja construir um diagnóstico e uma estratégia de terapia a partir de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional. Trata-se de um tratamento que envolve aspectos de uma biografia pessoal e que envolve recursos, necessidades, crises, angústias, entre outras. Não seria inútil, portanto, considerar o MICE como uma proposta profissional pertinente para as CTs brasileiras, em especial para o ICAD, que será brevemente apresentado na próxima seção.

### 3.2 O ICAD e o tratamento com os adictos

Esta seção apresenta o ICAD e o modelo de tratamento oferecido nesse espaço para os dependentes químicos. É importante mencionar que foi realizada uma pesquisa de campo no ICAD – observação participante – e que os documentos de autorização e comprobatórios dessa pesquisa estão localizados nos anexos – A, B e C – desta dissertação. Através dessa

---

<sup>192</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 27.

<sup>193</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 30.

breve apresentação, será possível, na próxima seção, consolidar as propostas profissionais que envolvem um modelo de cuidado espiritual, em conformidade com os objetivos desta pesquisa.

Num exercício de comparação entre a realidade das CTs brasileiras e as do Estado do Espírito Santo, sejam elas públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, podem ser localizadas inúmeras similaridades. Num total de 268, 252 instituições atuantes em relação às políticas de atenção destinadas aos dependentes químicos não são governamentais, o que equivale a 94% do montante. As 16 instituições restantes, ou seja, 6% delas, são governamentais. Dentre as instituições governamentais, 9 são municipais, 4 são federais e apenas 3 são estaduais. Entre as instituições municipais, 8 atuam como Centros de Atenção Psicossocial e Álcool e outras Drogas (CAPS AD).<sup>194</sup>

Mas, um elemento muito importante nas CTs capixabas tem a ver com uma espécie de internação oferecida. Ou seja, dentre as 28 CTs verificadas pela autora Giovana Bardi, 10 informaram ter recebido apenas internações voluntárias, 1 informou atender somente internações involuntárias e compulsórias, e 17 informaram receber internações voluntárias, involuntárias e compulsórias.<sup>195</sup>

O Estado do Espírito Santo possui cerca de 78 municípios e, dentre eles, foi possível verificar a presença de serviços para dependentes químicos em pouco mais da metade, isto é, em apenas 46 municípios. No Estado, cerca de 32 municípios estão sem qualquer espécie de atenção na área do consumo de drogas. 23 municípios possuem apenas Grupos de Mútua Ajuda, como o AA, Narcóticos Anônimos (NA), Amor Exigente (AE), Grupo Esperança Viva (GEV) e Pastoral da Sobriedade (PS).<sup>196</sup>

Entre as CTs capixabas, destaca-se o Instituto de Consciência Antidrogas (ICAD) como uma referência no tratamento e no processo de recuperação de dependentes químicos de álcool e outras drogas. O ICAD tem aproximadamente dez anos de atuação e segue as diretrizes da legislação vigente. O ICAD iniciou suas atividades, no ano de 2012, na categoria de CTs. O ICAD está localizado no sítio Ecoestação, na Rodovia BR 484, S/N, Km 07, na Zona Rural do Município de Afonso Cláudio-ES. De acordo com o extrato do termo de fomento nº 001/2021, expedido pela Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio, o ICAD é destinado à execução e manutenção dos serviços de Comunidade Terapêutica no tratamento

---

<sup>194</sup> BARDI, Giovana. Comunidade terapêutica religiosa: um pântano na busca por ajuda. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL (EIPS), VII, 2019, Vitória. *Anais...* Vitória: EIPS, 2019. [pdf]. p. 6.

<sup>195</sup> BARDI, 2019, p. 6.

<sup>196</sup> LEAL, Fabíola X. Mapeamento constata que comunidades terapêuticas dominam atendimento a dependentes do ES. In: SÉCULO DIÁRIO [Site institucional]. 11 jun. 2014. [online]. [n.p.].

da dependência química, e é amparado pela Lei nº 13.019/2014 e pelo Decreto Municipal nº 384/2017.<sup>197</sup>

A missão principal do ICAD consiste em desenvolver atividades de assistência psicossocial para promover a saúde de pessoas portadoras de distúrbios psíquicos, deficiência mental e pessoas com dependência química. Trata-se de uma CTs que opera no modelo misto e que pode atender adictos homens, num convívio diário mais íntimo.

No decorrer do ano de 2021, realizaram-se inúmeras visitas nas CTs localizadas no Estado do Espírito Santo convenionadas pelo Governo Estadual. No ICAD, foram realizadas dez visitas e foram analisadas todas as atividades patrocinadas por essa CT em relação ao tratamento de pessoas com dependência química. O ICAD representa uma boa alternativa no tratamento dos adictos, pois possui um espaço físico bem localizado que possibilita que o processo de reabilitação e recuperação seja mais efetivo. Além disso, o espaço no ICAD representa uma espécie de microcosmos, um tratamento da sociedade, porque abrange os elementos que formam uma sociedade e antecipa os desafios de viver em comunidade, especialmente após a finalização do tratamento e no momento que o adicto recebe alta.

Como já dito, no ICAD, o tratamento é misto, contando simultaneamente com profissionais da saúde, vinculados ao Centro de Acolhimento e Atenção Integral Sobre Drogas (CAAD), junto ao Estado, e religiosos.<sup>198</sup> Na equipe de saúde, o principal meio de atendimento a nível clínico decorre em um ambiente interdisciplinar, que comumente abrange: médicos, enfermeiros, psiquiatras, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. Foi possível notar uma harmoniosa colaboração entre eles no tratamento dos adictos. A interação entre os membros da equipe multidisciplinar, muitas vezes, é considerada complexa e gerida de uma forma para reduzir atritos profissionais. Nesse sentido, nesta equipe deveria ser incluído um conselheiro pastoral ou espiritual – seja um padre, pastor, um capelão ou um teólogo –, possuindo duas atribuições: especialista em cuidados espirituais e atuante no cuidado pastoral profissional e espiritual; possuir a função de preparar ou assessorar a equipe multidisciplinar.<sup>199</sup>

A equipe multiprofissional ou multidisciplinar que apoia o ICAD representa uma espécie de trabalho coletivo centrada na reciprocidade entre o trabalho e a interação, que as dimensões essenciais do trabalho em equipe são perpassadas pela articulação das ações e da

---

<sup>197</sup> AFONSO CLÁUDIO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *Extrato do termo de fomento nº 001, de 30 de abril de 2021*. [Execução e Manutenção dos Serviços de Comunidade Terapêutica no tratamento da dependência química]. Afonso Cláudio: Prefeitura Municipal. [online]. [n.p.].

<sup>198</sup> É importante lembrar que o ICAD não tem esses profissionais da saúde em seu quadro interno, mas, através do CAAD, o atendimento é realizado aos adictos, numa parceria com o Governo do Estado do Espírito Santo.

<sup>199</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 32.

interação de seus agentes. Com esse entendimento, é possível inferir a garantia do bem-estar dos adictos.<sup>200</sup> Nesse sentido, o assistente social deve criar uma relação de intervenção junto a equipe multidisciplinar, na qual o trabalho deve ser uma prática pautada de comunicação cotidiana entre os profissionais, com articulações das ações através da utilização do diálogo/linguagem. É um processo baseado na comunicação e interação entre os profissionais, estabelecendo uma relação de reciprocidade entre o trabalho e a interação, típicos nas atividades em equipe.<sup>201</sup>

A partir da observação dos encontros realizados pela equipe multidisciplinar do ICAD, foi possível notar que os acolhimentos semanais e os encaminhamentos realizados procuram selecionar as soluções mais adequadas para cada adicto, de modo individual, introduzindo os dependentes químicos em determinados grupos que serão terapêuticos e que serão os mais indicados para o estágio em que cada um deles está atravessando com sua adicção. Nas reuniões da equipe, os profissionais são ouvidos e respeitados pelos outros membros do grupo, inclusive os acadêmicos atuantes no serviço, que podem contribuir com suas análises e fortalecer os debates. Além de discutir os acolhimentos semanais, os planos terapêuticos aplicados aos adictos são reavaliados nessas reuniões.<sup>202</sup>

A equipe multidisciplinar que apoia o ICAD afirma ter atribuições em questões espirituais, de modo que cada profissional compreende ser dotado de capacidade de avaliar as necessidades e problemas espirituais do adicto, registrá-las e comunicá-las nos encontros ou reuniões da equipe, ou diretamente a um conselheiro ou líder espiritual. Os profissionais multidisciplinares podem realizar uma espécie de *anamnese* clínica<sup>203</sup>, mas a nível espiritual ocorre por meio de uma retrospectiva espiritual do adicto. Mas, uma vez que os médicos são os principais responsáveis pela equipe de tratamento, eles deveriam assegurar o atendimento das necessidades espirituais dos adictos, bem como garantir que eventuais conflitos espirituais sejam avaliados, pois ambos podem afetar significativamente no decorrer do tratamento.<sup>204</sup>

---

<sup>200</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 32.

<sup>201</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 32.

<sup>202</sup> Como já dito, os documentos que comprovam a realização da observação participante no ICAD estão situados nos anexos A, B e C desta pesquisa.

<sup>203</sup> O termo tem um significado importante nas tarefas médicas e exerce influência de forma humanizada, colaborando com a construção de um diagnóstico pautado na entrevista e queixa do paciente, desvendando sua patologia ou doença. Isso sempre está baseado na relação médico-paciente com respeito e confiabilidade. Saiba mais em: DIAS, Luciana R. A importância da anamnese na formação do acadêmico de medicina. *Revista Acervo Científico*, São Paulo, v. 5, p. 1-4, 2019. p. 2.

<sup>204</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 31.

Os membros da equipe multidisciplinar, conscientes da religiosidade, da espiritualidade e das crenças pessoais dos adictos, podem desenvolver a capacidade de intensificar ou não os meios de enfrentamento no tratamento, realizando o acolhimento e a escuta, e relacionando adequadamente as práticas de saúde à religião. No ICAD, introduziram-se métodos terapêuticos baseados em princípios morais-religiosos, e as intervenções religiosas possuem como principal instrumento a doutrinação e o aconselhamento espiritual dos adictos. A lógica é que a tão almejada recuperação pode ocorrer por meio de uma trajetória moral, em que o adicto deve modificar sua vida social, realizando uma intensa transformação pessoal e buscando se adequar a uma doutrina religiosa e a princípios morais, ou seja, converter-se, crendo na cura como sinal divino e no argumento de que foi dada uma oportunidade para uma mudança de vida.

Na lógica da moral religiosa, a dependência química pode ser considerada como uma espécie de falha pessoal no controle dos impulsos, e, dessa forma, o adicto é visto como uma pessoa com pouca ou nenhuma força moral, isto é, sem condições de resistir à tentação ao uso de substâncias psicoativas. Na ótica da moral religiosa, o tratamento realizado no ICAD emerge como uma alternativa plausível que pode tornar o adicto um agente atuante e responsável pelo seu próprio processo de recuperação até a conclusão do tratamento. E essa é uma das atribuições da equipe multidisciplinar do ICAD: proporcionar o devido suporte, contribuindo para que o adicto seja incentivado adequadamente para construir estratégias para a resolução dos seus problemas com a dependência química, sob a influência da religião.<sup>205</sup>

No ICAD, a influência da religião pode ser notada através do engajamento do adicto em atividades especiais, tais como: orações, novenas, frequência a missas e cultos, que sempre são fundamentadas em dogmas e tradições institucionais confessionais. A influência da religião acontece através da introdução de orações e leituras bíblicas em diversos momentos do cotidiano, e pelo intenso uso de rituais, sermões e pregações realizadas por pastores, padres ou líderes religiosos. Diariamente, um dos adictos, por rodízio, é selecionado para conduzir as orações para os presentes no recinto. Nota-se uma repetição de um determinado formato na condução dessas orações, em que o narrador principal se dirige diretamente a deus.

A oração representa um meio de contato direto com deus, e é comparável a um diálogo entre pai e filho. A oração tranquiliza significativamente os adictos ao proporcionar um estado de redução da consciência, promovendo a fé, que alivia a tensão no desafio contra a

---

<sup>205</sup> FEITOSA, 2017, p. 27.

dependência química, uma vez que divide a responsabilidade do tratamento com deus e sente sua intervenção protetora como o bem e o mal.<sup>206</sup> Também no ICAD, a oração situa-se como o mais importante método de tratamento da síndrome de abstinência ou de uma eventual recaída relacionados com o *craving* ou fissura.<sup>207</sup> A oração deve ser utilizada quando surgir um desejo de consumir drogas e a necessidade de *conversar com deus*. Ela serve como uma válvula de escape, possibilitando ao adicto o compartilhamento de emoções pessoais, como ansiedades, medos, angústias e dividir o duro fardo do desafio cotidiano da dependência química com deus.

No ICAD, o processo de recuperação do dependente químico deve ser permanente, sendo necessário que ele mantenha um novo estilo de vida, saudável e oriundo do tratamento para toda a vida. Entretanto, considera-se que, para o adicto atingir uma efetiva recuperação, ele deve passar por intensas mudanças pessoais, o que envolve a religião. Acredita-se que as inúmeras transformações surgem por meio da espiritualidade que auxilia em diversos elementos, alcançando alívio, mudança na visão pessoal, contato com natureza e auto perdão.<sup>208</sup>

A religião se torna um elemento muito importante para o adicto no ICAD, pois, através dela, ele organiza o seu cotidiano, listando horários de orações, sermões, missas, cultos, reuniões em grupo, etc. Há dois elementos antagônicos fundamentais que envolvem a religião no ICAD e que direcionam os princípios morais no tratamento dos adictos, sendo eles: a dependência química, que é vista como uma fraqueza moral ou pecado, sinônimo de um distanciamento de deus ou influência de satanás; do outro lado, a resistência ao consumo de drogas, através do sacrifício, da conversão à Igreja e de uma submissão completa a deus.

Entre os adictos do ICAD, as experiências positivas se encontram relacionadas à assimilação dos métodos religiosos vivenciados, uma vez que pode ser observada uma ressignificação e reaproximação de deus através da valorização e do contato com as narrativas bíblicas durante os cultos, missas e atividades realizadas nessa CT. No ICAD, buscar a deus para abandonar o consumo de drogas tornou-se a única opção que restou para muitos adictos. A frase “aceitar Jesus Cristo no coração” é repetida inúmeras vezes e, quando pronunciada pelo adicto, representa o momento da conversão, sendo reconhecida como o principal instante no processo de assimilação dos ensinamentos religiosos patrocinados pelo ICAD. A

<sup>206</sup> SANCHEZ, Zila M.; NAPPO, Solange A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista Psicologia Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2007. p. 77.

<sup>207</sup> VITT, Samanta J. S. *A espiritualidade e a religiosidade na recuperação de dependentes químicos*. Dissertação (Mestrado Profissional em Teologia) – Programa de Pós-graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2009. p. 28.

<sup>208</sup> SANCHEZ; NAPPO, 2007, p. 79.

conversão entre os evangélicos equivale a um *renascimento*, através de efetivas transformações quando uma pessoa se mostra arrependida e busca uma solução para alguma realidade desestruturante, convictas de que será auxiliada por deus. Na esfera do comportamento individual ou coletivo, a Bíblia é consagrada como um verdadeiro manual de vida e de conduta, que estabelece parâmetros e doutrinas, sendo, portanto, o ponto de partida para as mais variadas práticas religiosas que acontecem no ICAD.

### 3.3 Propostas profissionais que envolvem um modelo de cuidado espiritual

Para encerrar o presente capítulo e delinear uma proposta profissional que envolve um modelo de cuidado espiritual, esta seção considera que o cuidado espiritual está para além de uma intervenção na saúde para proporcionar alívio em relação ao sofrimento das pessoas ou eliminar patologias. Na verdade, considera-se que o cuidado espiritual aponta para o acompanhamento dos adictos a partir de estratégias desenvolvidas por equipes multiprofissionais. Como exemplo, o modelo proposto é construído à luz das observações realizadas no ICAD, podendo ser aplicado em outras CTs brasileiras.

Na esteira do tratamento oferecido para os adictos no ICAD, existe um pressuposto básico de que há uma dimensão espiritual do ser humano muito relevante para o processo de recuperação em relação ao consumo de substâncias psicoativas. Entretanto, o tratamento ocorre com base na moral religiosa e em práticas confessionais, o que inviabiliza, por exemplo, uma intervenção profissional – do Assistente Social e de um cuidador espiritual especializado – capaz de identificar como a religião determina a compreensão do adicto em relação ao seu processo de recuperação e reinserção social. Na equipe que apoia o ICAD não foi identificado nenhum profissional com formação que contemple o fenômeno religioso: cientista da religião, teólogo ou cientista social que se debruça sobre o fenômeno da religião na sociedade, por exemplo.<sup>209</sup>

Isso abre caminho para inserir uma proposta de que uma equipe multiprofissional envolvida com o tratamento de adictos precisa ter um profissional com formação que contemple o fenômeno religioso e suas imbricações na sociedade. Esse profissional possui habilidades para trabalhar a religião como uma prática social, podendo, inclusive, contar com o auxílio de um assistente social. Mesmo sendo uma pessoa religiosa, esse profissional pode contribuir para mostrar que “toda religião se autocompreende como depositária de uma

---

<sup>209</sup> HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 37.

missão voltada para seus adeptos (*ad intra*) e para o mundo (*ad extra*), que se dá através de ações individuais, comunitárias ou em parceria com outras instituições”<sup>210</sup>.

Nesse sentido, no interior do ICAD, a presença de um profissional habilitado para lidar com o fenômeno religioso poderá contribuir, por exemplo: na recuperação da esperança e do significado da vida, apesar da dependência química; no fortalecimento do relacionamento do adicto com a divindade para lidar melhor com os aborrecimentos diários; na perseverança em circunstâncias difíceis, como a abstinência; no trabalho com o perdão em relacionamentos quebrados e consigo mesmo; no desenvolvimento de uma consciência crítica em relação à presença e à orientação divina no cotidiano; entre outras contribuições.

O cuidado espiritual será um elemento priorizado na atuação desse profissional e deverá ser discutido com a equipe multiprofissional, em que ele é um agente ativo. Isso exige um alinhamento com os demais objetivos da equipe, nunca em conflito com eles. A religião, por estar tão presente no tratamento oferecido pelo ICAD, pode ser redirecionada para lidar com situações difíceis, e isso pode ser aprimorado através de discussões conduzidas pelo profissional da religião. Isso também pode ser expandido para os adictos, uma vez que eles podem se reunir para apresentar tópicos, perguntas ou problemas relacionados a sua situação individual. Essa seria uma forma de trabalhar com os adictos modos de lidar com a angústia e com as lutas diárias que eles enfrentam no decorrer do seu tratamento no ICAD.

Para os adictos que se assumem religiosos desde o início do tratamento, o ICAD pode oferecer através desse profissional um atendimento pastoral convencional, com base no aconselhamento para atender as necessidades religiosas e espirituais mais específicas. Essa seria uma forma de tirar a ênfase sobre as práticas proselitistas, e um modo de demonstrar que, para além dos interesses pela conversão dos adictos, o centro do tratamento é a parceria entre as diferentes profissões e o adicto, como acontece no MICE. Por isso, com base no modelo do MICE, esse conselheiro pastoral precisa estar envolvido e pertencer a equipe multiprofissional do ICAD.

As propostas aqui construídas são objetivas e pretendem trabalhar a influência da religião no ICAD, de modo que a equipe multiprofissional que apoia essa CT inclua um profissional com formação adequada para lidar com o fenômeno religioso no tratamento dos adictos. O tema é amplo e complexo e, de modo algum, o assunto é esgotado nestas linhas. Considera-se que um dos principais desafios no cuidado espiritual no ICAD é fornecer orientações para incluir esse profissional no quadro da equipe multiprofissional, uma vez que

---

<sup>210</sup> BRINGHETI, Agenor. Ciência da Religião aplicada a ação pastoral. In.: PASSOS, João D.; USARSKI, Frank. *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p. 665.

essa tarefa vem sendo realizada por líderes religiosos, católicos ou evangélicos. Esse seria um dos principais motivos que demonstraram sustentar a moral religiosa e as práticas confessionais no interior do ICAD.

Com as propostas profissionais aqui construídas, deseja-se incluir uma melhor compreensão acerca do cuidado espiritual, a partir da colaboração interdisciplinar – pautada no modelo do MICE – com o profissional da religião, avaliando as crenças, as necessidades espirituais dos adictos, suas lutas, etc. Isso exige um conhecimento amplo sobre o fenômeno da religião, que envolve diferentes tradições de fé, intervenções espirituais, fronteiras profissionais e uma reflexão crítica e contínua sobre a presença do fenômeno religioso na sociedade.



## CONCLUSÃO

A presente pesquisa pretendeu realizar uma análise acerca da influência do fenômeno religioso sobre o tratamento de dependentes químicos das CTs brasileiras, em especial do ICAD, que é uma CT capixaba destinada a desenvolver atividades de assistência psicossocial para promover a saúde de pessoas portadoras de distúrbios psíquicos, deficiência mental e pessoas com dependência química. Neste instituto, a religião se mostra bastante presente e influente, sobretudo nos aspectos que tocam à moral religiosa e o desenvolvimento de práticas confessionais.

No Brasil, as CTs são instituições bastante vinculadas às igrejas cristãs evangélicas, católicas e religião espírita. De modo geral, as CTs constituem um ambiente estruturado para atender às demandas com pessoas com dependência química, que apresentam transtornos por uso de substâncias psicoativas. O objetivo dessas instituições consiste em proporcionar a recuperação dessas pessoas, bem como a reinserção delas na sociedade. O tratamento realizado nas CTs pressupõe o isolamento dessas pessoas, de modo que elas são mantidas em atividades laborais, terapêuticas e religiosas. Esse aspecto impulsionou o desenvolvimento dessa pesquisa, desembocando nos resultados encontrados a partir de sua elaboração.

Com base nisso, a pergunta-problema que norteou a pesquisa foi a seguinte: como a religião pode contribuir para o tratamento de adictos nas CTs brasileiras, a partir de um estudo realizado numa CT do Espírito Santo? Considera-se como hipótese a necessidade de desenvolver modelos de cuidado espiritual – tendo como referência o MICE –, colocando a interdisciplinaridade e o adicto no centro do tratamento, ou seja, o foco não seria mais a moral religiosa e/ou as práticas confessionais notadas no interior do ICAD, e de muitas CTs brasileiras, e sim no trabalho a ser realizado pela equipe multiprofissional, que inclui a atuação de um profissional com habilidades para lidar com o fenômeno religioso e suas complexidades. Esse profissional pode ser um teólogo, um cientista da religião, entre outros que se debruçam sobre a religião e suas relações com o espaço público.

Essas características desvelaram outro aspecto relacionado às CTs, a saber, que elas, muitas vezes, são compreendidas como ambientes residenciais que oferecem certa segurança, pela abstinência ao uso de substâncias psicoativas, como também oferecem uma convivência harmoniosa, que tem um papel preponderante no tratamento terapêutico que realizam. Esse tratamento terapêutico, de modo amplo, ressoa claramente a presença do fenômeno religioso no interior das CTs brasileiras.

O referencial teórico da pesquisa seguiu as ideias de Michel Foucault, para tentar explicar as noções de moral religiosa e práticas confessionais, além de tentar elucidar a questão do instinto para pessoas com dependência química. O pensamento de Foucault ajuda a vincular as práticas de confissão e a moral religiosa à busca dos adictos pela verdade sobre si acerca das causas que os fazem consumir substâncias psicoativas, bem como sobre o mal que esse consumo causa ou o erro que representa diante dos pressupostos religiosos apresentados nas CTs.

As ideias de Michel Foucault foram relevantes para interpretar o fenômeno religioso no interior das CTs brasileiras, sobretudo no ICAD. Essa análise, a partir de Foucault, ajudou a desvelar um conjunto de operações que se desenvolvem no cotidiano das CTs, e do ICAD, de modo subjacente. Em suma, as ideias desse pensador lançaram novas luzes sobre a prática realizada no interior das CTs brasileiras e do ICAD. Isso pode ser aplicado em pesquisas futuras, especialmente sobre as práticas discursivas que perpassam o contexto das CTs brasileiras, ou as práticas de subjetivação, etc.

A metodologia da pesquisa buscou compreender a realidade do tratamento no ICAD, do ponto de vista de seus participantes, o que incluiu os adictos e a equipe multiprofissional que atua nessa CT capixaba. Nesse sentido reconheceu-se, sobretudo, a experiência vivida naquele espaço terapêutico e o impacto da religião no tratamento dos adictos. Por isso, a metodologia pode ser definida como observação participante, pois se procurou compreender aquela realidade na perspectiva de quem dela participa. A observação participante possibilitou, dessa forma, uma profunda imersão na realidade do ICAD.

A observação participante auxiliou na análise dos discursos individuais que circulam no ICAD até desembocar nas interpretações e conclusões particulares apresentadas na pesquisa. A hipótese da pesquisa foi formulada a partir dessa metodologia, pois contribuiu com uma intensa participação do autor da pesquisa no ambiente do ICAD. A observação participante, nesse sentido, proporcionou um processo de socialização com os adictos, com a equipe multiprofissional que apoia o ICAD e com os líderes – religiosos – daquela instituição. Ou seja, o autor da pesquisa conseguiu se inserir no espaço do ICAD, e foi considerado, muitas vezes, como um membro da comunidade, o que possibilitou resultados confiáveis para a elaboração desta pesquisa.

Para desenvolver suas propostas teóricas e profissionais, a pesquisa se dividiu em três capítulos, que constituem os seus objetivos específicos. O primeiro capítulo refletiu sobre os aspectos legais, institucionais e profissionais que envolvem o tratamento de adictos nas CTs brasileiras. As políticas públicas mostraram que há um espaço privilegiado para o Serviço

Social, e a PNAD caracteriza a atividade dos/as profissionais desse campo como um trabalho efetivo na defesa de direitos capaz de intensificar os esforços na busca pela prevenção e ação terapêutica em relação ao consumo de drogas. Logo, depreende-se que os/as profissionais do Serviço Social possuem competências para elaborar análises fundamentais, bem como podem responder questões inerentes às necessidades dos adictos.

Esse primeiro capítulo foi fundamental para pensar a atividade profissional do Assistente Social, bem como abriu lacunas para aprofundar essa análise em outras produções acadêmicas. Por exemplo, o Assistente Social pode desempenhar suas funções nas CTs brasileiras, tendo como critério muitos conceitos articulados no âmbito das Ciências das Religiões. A prática do Assistente Social no interior das CTs brasileiras pode ser muito positiva, desde que essa atuação esteja pautada nos princípios legais que regem essas instituições no território brasileiro.

O segundo capítulo analisou a relação entre a religião e as CTs brasileiras, a partir das questões morais e éticas que perpassam o tratamento nelas realizado. Nesse capítulo, construiu-se as bases teóricas da pesquisa, especialmente nas noções de moral e ética em Michel Foucault, o que contribuiu para situar as CTs brasileiras como espaços em que circulam concepções morais e éticas perpassadas pela moral religiosa e pelas práticas confessionais.

A moral e a ética, em Michel Foucault, pressupõem um modo de subjetivação. Dessa forma, existe uma diferença entre regra de conduta, a conduta que segue tal regra e o modo como o sujeito se constitui entre a conduta e a regra. É esse conjunto de ações e/ou relações consigo mesmo que forma a subjetivação em Foucault, isto é, a prática do cuidado, transpondo a simples ideia de uma atitude de consciência sobre si mesmo. No interior das CTs brasileiras, e do ICAD, os adictos procuram obter o domínio sobre si, para se constituírem como sujeitos virtuosos, sempre na ótica da dominação-obediência. Essa lógica se mostrou muito fortalecida pela religião, especialmente no ICAD.

O terceiro e último capítulo apresentou uma proposta profissional para o tratamento com os adictos no interior das CTs brasileiras, a partir do ICAD. Trata-se de uma breve adequação do MICE, que pode ser considerado uma abordagem holística do cuidado com o adicto. O capítulo apresentou as principais características do MICE, o ICAD e esboçou as propostas profissionais de tratamento para as CTs brasileiras, sobretudo para o ICAD, que representa o espaço no qual o autor da pesquisa atuou como observador participante.

Propostas profissionais para lidar com o fenômeno religioso e suas imbricações na sociedade são fundamentais, mormente nas CTs brasileiras, pois, tratam-se de instituições

que, a partir da religião, propõe um tratamento terapêutico para um público de pessoas com dependência química. Entretanto, ao lado da emergência de profissionais habilitados para abordar o fenômeno religioso, o desafio para as Ciências das Religiões é eminente, porque esse é um campo ainda pouco conhecido no Brasil, ou, por vezes, suas propostas epistemológicas não são muito bem compreendidas ou aceitas pelas instituições religiosas. Nesta pesquisa, considera-se que as Ciências das Religiões podem contribuir de modo significativo com as práticas realizadas no interior das CTs brasileiras, e do ICAD.

Existem muitos desafios em relação ao tratamento dos adictos no interior das CTs brasileiras. Há espaços abertos para futuras pesquisas que apontem mais especificamente para o perfil do profissional da religião, por assim dizer, que pode atuar numa equipe multiprofissional bem como ensinar os demais membros dessa equipe sobre as peculiaridades que envolvem o cuidado espiritual com pessoas com dependência química. Também existem muitos recursos e conceitos oriundos das Ciências das Religiões que podem contribuir para refletir sobre essas questões. Desse modo, as propostas aqui levantadas não querem esgotar a questão, e sim apresentar uma alternativa que, no mínimo, diminua os efeitos nocivos que a moral religiosa e as práticas de confissão podem gerar sobre o tratamento e a recuperação dos adictos nas CTs brasileiras.

## REFERÊNCIAS

- AFONSO CLÁUDIO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *Extrato do termo de fomento nº 001, de 30 de abril de 2021*. [Execução e Manutenção dos Serviços de Comunidade Terapêutica no tratamento da dependência química]. Afonso Cláudio: Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://www.afonsoclaudio.es.gov.br/site/extrato-do-termo-de-fomento-001-2021-instituto-de-consciencia-antidrogas-icad/>. Acesso em: 05 out. 2022.
- AGUIAR, Andrea L. V. *Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma Comunidade Terapêutica Religiosa (RN)*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- ALVES, Rubem. *O enigma da religião*. 4. ed. Campinas: Papyrus, 1984.
- ALVES, Rubem. *O que é religião?* 4. ed. São Paulo: Loyola, 1999.
- BARDI, Giovana. Comunidade terapêutica religiosa: um pântano na busca por ajuda. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL (EIPS), VII, 2019, Vitória. *Anais...* Vitória: EIPS, 2019. [pdf]. p. 3-6.
- BARROCO, Maria L. *Ética e serviço social: fundamentos ontológicos*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRASIL. *Glossário de álcool e drogas*. Brasília: SENAD, 2010.
- BRASIL. Secretaria Geral. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. [Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD]. Brasília: Presidência da República. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm). Acesso em: 29 set. 2022.
- BRAVO, Maria I. S.; MATOS, Maurílio C. *Assessoria, consultoria & serviço social*. São Paulo: Cortez, 2010.
- BRAVO, Maria I. S.; MATOS, Maurílio C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *Revista Serviço Social e Saúde*, Campinas, v. 2, n. 1, p. 1-22, 2003.
- BRINGHETI, Agenor. Ciência da Religião aplicada a ação pastoral. In.: PASSOS, João D.; USARSKI, Frank. *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p. 661-676.
- CARMO, Francisco A. G.; OLIVEIRA, Cleide C.; PENHA, Joaquim R. L.; CRUZ NETO, João. A influência da religiosidade na reabilitação do dependente químico. *Revista Biomotriz*, Cruz Alta, v. 14, n. 4, p. 114-127, 2020.
- CARVALHO, Celine A.; IGNACIO, Márcia C. H.; TRENTINI, Fabiana V. A influência da espiritualidade no tratamento do dependente químico em comunidades terapêuticas. In. EVENTO INTERINSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (EIICS), I, 2019, Ponta Grossa. *Anais...* Ponta Grossa: EIICS, 2019. p. 5-6. [pdf].

CARVALHO, Jonatas C. A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras conferências internacionais do ópio. *Revista Oficina do Historiador*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 153-176, 2013.

CASTELL, Robert. *Metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes, 1998.

DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAMAS, Fernandi B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista Saúde Pública*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

DIAS, Luciana R. A importância da anamnese na formação do acadêmico de medicina. *Revista Acervo Científico*, São Paulo, v. 5, p. 1-4, 2019.

DÓREA, Adalgisa V. *Práticas terapêuticas religiosas no tratamento da drogadição: estudo de caso na comunidade – “Desafio Jovem de Sergipe”*. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2011.

ESPERANDIO, Mary R. G.; CORREIA, Márcia R. O papel da espiritualidade/religiosidade no fenômeno da drogadição: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Rever*, São Paulo, a. 17, n. 2, p. 73-98, 2017.

EUFRASIO, Amanda. *Expressões do conservadorismo moral na atualidade: a culpabilidade famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

FALEIROS, Vicente P. *Estratégias em Serviço Social*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FAVA, Pedro C. A política de drogas brasileira e suas falhas. In: JUSBRASIL [Site institucional]. 01 out. 2019. Disponível em: <https://pedrocfava.jusbrasil.com.br/artigos/742200992/a-politica-de-drogas-brasileira-e-suas-falhas>. Acesso em: 02 out. 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (FEBRACT). *Comunidade Terapêutica 2020: manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria de Justiça e Cidadania, 2020. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/06/MANUAL-CTS-CONED-SP.pdf>. Acesso em: 04 out. 2021.

FEITOSA, Ana N. C.; GARCIA FILHO, Carlos. *Processo de trabalho em comunidade terapêutica e a política sobre drogas no Brasil*. Fortaleza: Quipa, 2020.

FERNANDES, Sara S.; MARCOS, Cristiane B.; KASZUBOWSKI, Erikson; GOULART, Leonardo S. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados dos identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Revista Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 131-137, 2017.

FERRAZZA, Daniele; SANCHES, Raphael R.; ROCHA, Luiz C.; JUSTO, José S. Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. *Revista ECOS*, Cáceres, a. 7, v. 2, p. 363-375, 2016.

- FILORAMO, Giovanni; PRANDI, Carlo. *As ciências das religiões*. São Paulo: Paulus, 1999.
- FIOCRUZ. *Levantamento da Fiocruz revela panorama do uso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil*. 09 ago. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/08/09/levantamento-da-fiocruz-revela-panorama-do-uso-de-drogas-licitas-e-ilicitas-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 02 out. 2022.
- FORMIGONI, Maria Lucia O. S. *Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas*. 11. ed. Brasília: SNPD, 2017.
- FOSSI, Luciana B.; GUARESCHI, Neuza M. F. O modelo de tratamento das Comunidades Terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.
- FOUCAULT, Michel. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FOUCAULT, Michel. Ditos e escritos. In: MOTTA, Manoel B. (org.). *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. p. 708-729.
- FOUCAULT, Michel. *Do governo dos vivos: curso no Collège de France, 1979-1980: excertos*/Michel Foucault. São Paulo: Centro de Cultura Social, 2010b.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007b.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007a.
- FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France, 1973-1974*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fones, 2010a.
- FOUCAULT, Michel. *Segurança, território e população: curso no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- FRACASSO, Laura. Características da Comunidade Terapêutica. In: REPORTAGENS [Site institucional]. 26 set. 2002. Disponível em: <https://comciencia.br/dossies-1-72/especial/drogas/drogas07.htm>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- HEFTI, René; ESPERANDIO, Mary G. The interdisciplinary spiritual care model: a holistic approach to patient care. *Revista Horizonte*, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, 2016.
- HOCK, Klaus. *Introdução à Ciência da Religião*. São Paulo: Loyola, 2010.
- IAQC. *O que é terapia holística?* [s.d.]. Disponível em: <https://www.aromasquecuram.com.br/o-que-e-terapia-holistica/#:~:text=Terapia%20hol%C3%ADstica%20%C3%A9%20a%20abordagem%20terap%C3%AAutica%20que%20cons>

idera,inserida%20num%20contexto%20e%20forma%20um%20sistema%20completo..  
Acesso em: 05 out. 2022.

JONES, Maxwell. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.

LEAL, Fabíola X. Mapeamento constata que comunidades terapêuticas dominam atendimento a dependentes do ES. *In: SÉCULO DIÁRIO [Site institucional]*. 11 jun. 2014. Disponível em: <https://www.seculodiario.com.br/direitos/mapeamento-constata-que-comunidades-terapeutica-s-dominam-atendimento-a-dependentes-no-es>. Acesso em: 06 out. 2022.

LIMA, Martonio M. B.; MONTEIRO, Rita M. P. Moral religiosa e saúde: as comunidades terapêuticas como espaços de violação do direito à saúde. *Revista R. Thermis*, Fortaleza, v. 20, n. 1, p. 173-199, 2022.

MACIEL, Sandra F. A percepção dos assistentes sociais e psicólogos inseridos nas comunidades terapêuticas: possibilidades e desafios em sua prática profissional. *In: OBSERVATÓRIO CAPIXABA [Site institucional]*. 2018. Disponível em: <http://ocid.es.gov.br/artigos>. Acesso em: 13 abr. 2022.

MARIZ, Cecília. Embriagados no Espírito Santo: reflexões sobre a experiência pentecostal e o alcoolismo. *Revista Antropolítica*, Niterói, n. 15, p. 61-80, 2003.

MAY, Roy H. *Discernimento moral: uma introdução à ética cristã*. São Leopoldo: 2008.

MELO, Mariane C. *Sentidos construídos em Comunidades Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

MELO, Mariane C.; CORRADI-WEBSTER, Clarissa M. Análise do funcionamento de Comunidade Terapêutica para usuários de drogas. *Revista Athenea*, Barcelona, v. 16, n. 3, p. 379-399, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998*. [Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33864/284972/portaria\\_344.pdf/fabe45b7-1ded-4dd0-836f-79afac0bff54#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20344%2C%20DE%2012%20DE%20MAIO%20DE,sobre%20Entorpecentes%20de%201961%20%28Decreto%20n.%C2%BA%2054.216%2F64%29%2C%20a](http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33864/284972/portaria_344.pdf/fabe45b7-1ded-4dd0-836f-79afac0bff54#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20344%2C%20DE%2012%20DE%20MAIO%20DE,sobre%20Entorpecentes%20de%201961%20%28Decreto%20n.%C2%BA%2054.216%2F64%29%2C%20a). Acesso em: 29 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001*. [Estabelece regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta resolução]. Brasília: Anvisa. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/anvisa/2001/rdc0101\\_31\\_05\\_2001.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html). Acesso em: 13 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011*. [Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas]. Brasília: Anvisa.

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em: 13 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005*. [Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas e dá outras providências]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1059\\_04\\_07\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1059_04_07_2005.html). Acesso em: 29 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. [Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html). Acesso em: 29 set. 2022.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. *Classificação brasileira de ocupações*. [s.d.]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em: 05 out. 2022.

MUSUMECI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A. (org.). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 47-59.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br>. Acesso em: 02 out. 2022.

O'LEARY, Zina. *Como fazer seu projeto de pesquisa: guia prático*. Petrópolis: Vozes, 2019.

OLIVEIRA, Edístia M. A. P.; CHAVES, Helena L. A. 80 anos de serviço social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. *Revista Serviço Social*, São Paulo, n. 128, p. 143-163, 2017.

PACHECO, Alice L.; SCILESKI, Andreia. Vivências em uma comunidade terapêutica. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 165-173, 2013.

PANZINI, Raquel G.; BANDEIRA, Denise R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PASSOS, Eduardo H.; SOUZA, Tadeu P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Revista Psicologia e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PEREIRA, Marina C. K. R.; FELIPPE, Andreia M. Internação involuntária: discussões sobre os impactos da Lei 13.840/2019 no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. *Revista Cadernos de Psicologia*, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 391-415, 2019.

PERRONE, Pablo A. K. *Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019.

PINTO, Enio B. A Ciência da Religião aplicada à Psicoterapia. In: PASSOS, João D.; USARKI, Frank. (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p. 677-690.

PINTO, Lara C. *Proselitismo religioso e discurso de ódio: reflexões sobre os limites de expressão religiosa*. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Centro de Ciências Jurídicas, Faculdade de Direito, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

PIRES, Fábio B.; SCHNEIDER, Daniela R. Projetos de vida e recaídas em pacientes alcoolistas. *Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 21-37, 2013.

RAUPP, Luciane M.; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 361-368, 2008.

REPORTAGENS [Site institucional]. 26 set. 2002. Disponível em: <https://comciencia.br/dossies-1-72/especial/drogas/drogas07.htm>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SABINO, Nathalí D. M.; CAZENAVE, Sílvia O. S. Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 167-174, 2005.

SANCHEZ, Zila M.; NAPPO, Solange A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista Psicologia Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2007.

SANTOS, Arlei R.; FREITAS, Tais P. O serviço social na prevenção de drogas: desafios interdisciplinares para o trabalho profissional. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR (UNESP), VIII, 2012, Franca. *Anais...* Franca: UNESP, 2012. p. 1-10. [pdf].

SEZORTE, Fabricio O. F.; SILVA, Jandiele V. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas (SPA) acolhidos na Comunidade Terapêutica Religiosa Shalom. *Revista Valores*, Volta Redonda, v. 4, p. 426-439, 2019.

SILVA, Isabella M. A política de drogas no Brasil: análise da viabilidade da redução de danos dentro do sistema proibicionista. *Revista ICex*, Franca, v. 5, n. 1, p. 397-418, 2020.

SILVA, Leila G.; CALHEIROS, Paulo R. V. Práticas empregadas no tratamento para dependentes de substâncias psicoativas em comunidades terapêuticas brasileiras: uma revisão sistemática da literatura entre 2005-2015. *Revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 23, p. 67-83, 2017.

SILVA, Marcus V. O. A constituição do campo de cuidados relacionado ao uso de drogas no Brasil: valores, ideias e práticas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências técnicas para atuação de psicólogos/os em políticas públicas de álcool e outras drogas*. Brasília: CFP, 2019. p. 37-48.

SOUZA, Maria C. P.; ARAÚJO, Mayza C. O trabalho do/a assistente social com usuários de álcool e drogas no CAPS AD. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS), XVI, 2019, Brasília. *Anais...* Brasília: CBAS, 2019. p. 1-12. [pdf].

SOUZA, Ronaldo F. Características de um movimento messiânico na origem da cidade de Marilândia do Sul, Paraná: Santiago Lopes José, um líder carismático. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA (CIH), VIII, 2017, [s.l.]. *Anais...* [s.l.]: CIH, 2017. p. 1966-1977. [pdf].

UNODC. *Relatório mundial sobre drogas 2020: consumo global de drogas aumenta, enquanto COVID-19 impacta mercados, aponta relatório*. 25 jun. 2020. Disponível em: [https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2020/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2020\\_-consumo-global-de-drogas-aumenta--enquanto-covid-19-impacta-mercado.html](https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2020/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2020_-consumo-global-de-drogas-aumenta--enquanto-covid-19-impacta-mercado.html). Acesso em: 02 out. 2022.

VALDERRUTÉN, Maria C. C. Entre “teoterapias” y “laicoterapias”: comunidades terapêuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Revista Psicologia & Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 80-90, 2008.

VIEIRA, Carlos. A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. *Revista Toxicodependências*, Lisboa, v. 13, n. 3, p. 15-22, 2007.

VITT, Samanta J. S. *A espiritualidade e a religiosidade na recuperação de dependentes químicos*. Dissertação (Mestrado Profissional em Teologia) – Programa de Pós-graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2009.

VIVÊNCIA [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: <https://www.revistavivencia.org.br/>. Acesso em: 02 out. 2022.

WOERNER, Camila B. Serviço social e saúde mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. *Revista Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 174-185, 2015.

WOLMANN, Andrea M. Drogas, violência, criminalização ao uso de psicoativos e direitos humanos: contribuições para um debate necessário. *Revista de Ciências Sociais*, São Paulo, a. 3, n. 8, p. 46-75, 2009.

## ANEXO A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
LINHA DE ATUAÇÃO: RELIGIÃO E ESPAÇO PÚBLICO

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

**Título da pesquisa:** A RELIGIÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS E UMA EXPERIÊNCIA SOCIAL NO INSTITUTO DE CONSCIÊNCIA ANTIDROGAS (ICAD)

**Pesquisador:** Wellington Rocha Nunes

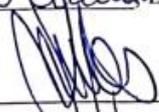
Ao Instituto de Consciência Antidrogas (ICAD)

Venho por meio desta solicitar autorização para realizar uma pesquisa de campo, do tipo observação participante, para atender os objetivos da pesquisa, a saber: analisar a influência da religião no tratamento de dependentes químicos nas comunidades terapêuticas brasileiras, a partir de uma observação participativa numa comunidade terapêutica localizada no Espírito Santo.

A pesquisa está sendo realizada no curso de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória. O presente estudo vislumbra uma observação participante entre as pessoas com dependência química do ICAD e a equipe que atua no tratamento delas. As respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Ao final, o/a pesquisador/a irá propor uma devolutiva sobre as questões elencadas e o resultado. Os resultados vão compor o acervo de pesquisas do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões (PPGCR), da Faculdade Unida de Vitória/ES, ficando disponíveis para consulta.

A pesquisa foi aprovada pelo PPGCR da Faculdade Unida de Vitória que funciona na Rua Eng. Fábio Ruschi, 161, Bento Ferreira, Vitória-ES, telefone (27) 3325-2071, e-mail contato@fuv.edu.br. Se necessário, pode-se entrar em contato com a instituição.

Local: Apresentado Data: 27 de Janeiro de 2022.

  
\_\_\_\_\_  
Diretor Presidente  
PROJETO RESGATE VIDA  
ICAD  
Assinatura do responsável pelo ICAD

ANEXO B: DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE PESQUISA DE CAMPO –  
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE PESQUISA DE CAMPO – OBSERVAÇÃO  
PARTICIPANTE

Declaro, para fins de comprovação de pesquisa de campo, do tipo observação participante, que o pesquisador Wellington Rocha Nunes realizou as visitas abaixo relacionadas, para realização da pesquisa A RELIGIÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS E UMA EXPERIÊNCIA SOCIAL NO INSTITUTO DE CONSCIÊNCIA ANTIDROGAS (ICAD), sob minha supervisão.

Data	Horário - intervalo	Atividades realizadas
27/01/2022	10-14 / 12-13	Reunião / Grupo / observação
09/02/2022	10-14 / 12-13	RODA DE CONVERSA / observação
24/02/2022	10-14 / 12-13	GRUPO / observação /
08/03/2022	10-14 / 12-13	Tempestade de Ideias / observação
19/03/2022	10-14 / 12-13	Grupo / observação
31/03/2022	10-14 / 12-13	GRUPO / AVALIAÇÃO / observação
11/04/2022	10-14 / 12-13	GRUPO / levantamento PADDs
28/04/2022	10-14 / 12-13	GRUPO / observação
13/05/2022	10-14 / 12-13	Fechamento GRUPO / AVALIAÇÃO

Assinatura e carimbo do supervisor do ICAD

Wellington S. F. Camargo  
Assistente Social  
CRESS 2409 17.º Reg. ES

## ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi convidado/a para participar da pesquisa A RELIGIÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS E UMA EXPERIÊNCIA SOCIAL NO INSTITUTO DE CONSCIÊNCIA ANTIDROGAS (ICAD).

O objetivo deste estudo consiste em analisar a influência da religião no tratamento de dependentes químicos nas comunidades terapêuticas brasileiras, a partir de uma observação participativa numa comunidade terapêutica localizada no Espírito Santo, ou seja, no ICAD.

A participação não é obrigatória, podendo desistir a qualquer momento. A participação consiste basicamente em estabelecer diálogos com o pesquisador acerca de suas experiências no ICAD. Não há remuneração pela participação. As respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Ao final, o/a pesquisador/a irá propor uma devolutiva sobre as questões elencadas e o resultado. Os resultados vão compor o acervo de pesquisas do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões (PPGCR), da Faculdade Unida de Vitória/ES, ficando disponíveis para consulta.

A pesquisa foi aprovada pelo PPGCR da Faculdade Unida de Vitória que funciona na Rua Eng. Fábio Ruschi, 161, Bento Ferreira, Vitória-ES, telefone (27) 3325-2071, e-mail contato@fuv.edu.br. Se necessário, pode-se entrar em contato com a instituição.

Pesquisador: Wellington Rocha Nunes

E-mail: [weronu1973@outlook.com](mailto:weronu1973@outlook.com)

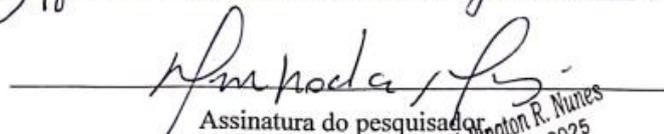
Telefone: (27) 99246-7760

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

E-mail: [assis@fuv.edu.br](mailto:assis@fuv.edu.br)

Caso concorde em participar desta pesquisa, assine o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e devolva-o ao pesquisador. Você pode guardar uma cópia destas informações e do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* para seu próprio registro.

Local: Apresento Claudio, Data: 27 de janeiro de 2022.

  
Assinatura do pesquisador  
Wellington R. Nunes  
CRESS 2025

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Julia Batista de A Louzada

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Agoroso Claudio, Data: 05 de Maio de 2022.Julia Batista de A Louzada

Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Washington Pereira Miravete Seno

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Afonso Claudio Data: 05 de Maio de 2022.  
Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Jeanne S. Pires La mango

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Azouso Claudio, Data: 05 de maio de 2022.

Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Maria da Cunha Silva

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Afonso Claudio, Data: 05 de maio de 2022.

M. Silva  
Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Guape Ribeiro de Souza

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Afonso Claudio, Data: 05 de maio de 2022.Guape Ribeiro de Souza  
Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Amadeo Junior

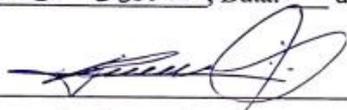
1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Afonso Claudio Data: 05 de maio de 2022.Amalia Jan da Silva Junior  
Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: RAQUEL ALMEIDA SA'

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Azores Claudio Data: 05 de maio de 2022.

Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: ALMEIDA

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

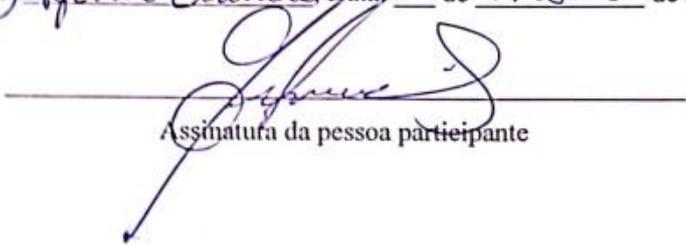
Local: Afonso Claudio Data: 05 de maio de 2022.REINALDO DO ROSARIO

Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Celmar Ferreira Santos

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Apônio Claudio, Data: 05 de maio de 2022.  
Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Pr. Almir Uhlig

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Ipone Data: 05 de maio de 2022.Pr. Almir Uhlig

Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Adriano Roque

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Aponte Claudio, Data: 05 de maio de 2022.Adriano Roque Maguier

Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Edemir Ribeiro Simer

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

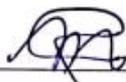
Local: Agência Claudio Data: 05 de maio de 2022.Edemir Ribeiro Simer

Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: mateus Lopez

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Apônio Claudier Data: 05 de maio de 2022.

Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Valdemar de Almeida

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Azouso Claudio, Data: 05 de maio de 2022.Valdemar de Almeida

Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Lucas Gomes Dant'Anna

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Agência Claudio Data: 05 de maio de 2022.Lucas Gomes Dant'Anna  
Assinatura da pessoa participante

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Elizete C. da Silva

1. Confirmando que li e entendi as informações sobre a participação na pesquisa e tive a oportunidade de fazer perguntas ao pesquisador.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar de dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo com a participação da pesquisa.

Local: Aracaju, Alagoas Data: 05 de maio de 2022.Elizete C. da Silva

Assinatura da pessoa participante