CAPÍTULO 4

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A TRANSFORMAÇÃO MORAL DOS INDIVÍDUOS: ENTRE O RELIGIOSO-ESPIRITUAL E O TÉCNICO-CIENTÍFICO

Jardel Fischer Loeck

1 INTRODUÇÃO

O grande objetivo das comunidades terapêuticas (CTs), segundo seus próprios operadores, é promover a transformação subjetiva-moral dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas (SPAs)[1] segundo padrões considerados nocivos, problemáticos e/ou dependentes.[2] Para tanto, é essencial o cultivo da espiritualidade para aqueles que se submetem ao seu tratamento,[3] tanto quanto a abstinência total do uso de qualquer substância psicoativa. Em função disso, não é raro que se interprete a metodologia de cuidado adotada pelas CTs como um programa voltado meramente à conversão religiosa, e que se pense essas instituições como espaços nos quais circulam apenas discursos e práticas de natureza espiritual e/ou religiosa.

Pesquisas empíricas já constataram que muitas dessas instituições incorporaram saberes e práticas oriundos do campo técnico-científico – das áreas da saúde, assistência social, entre outros –, o que levou alguns analistas a classificá-las segundo dois tipos ideais:[4] existiriam, assim, CTs religiosas, de um lado; e laicas, de outro (Valderrutén, 2008). Mais recentemente, a pesquisa *Perfil das Comunidades*

1. Nesse quesito estão abarcadas as substâncias ilícitas (maconha, cocaína, *crack*, *ecstasy*, ácido lisérgico etc.) e as lícitas (essencialmente o álcool, que deve ser evitado por todos, mesmo por aqueles que não o tinham como substância preferencial de uso; e alguns usos de medicamentos psicotrópicos).

2. Há bastante controvérsia a respeito das definições de dependência química, uso problemático e uso nocivo de substâncias psicoativas, mesmo dentro do próprio campo das ciências biomédicas, como demonstra Fiore (2009). Os dois manuais diagnósticos mais importantes nesse campo identificam o seguinte: a CID-10 (OMS, 1997) trabalha com as noções de uso nocivo (ou prejudicial) de substâncias e também com dependência de substâncias; o DSM-5 (APA, 2014) passou a utilizar uma gradação entre transtornos de usos de substâncias em graus leves, moderados ou graves. O que importa, no momento, é ressaltar que, nas CTs, a ideia do uso de substâncias psicoativas como um tipo de padecimento individual, seja nos moldes biomédicos, seja em leituras religiosas de cunho totalizante, é um pressuposto.

3. Por ser uma abordagem de cunho antropológico, opto por manter a categoria empregada pelas instituições e pessoas que foram interlocutoras no campo de pesquisa para se referirem ao período de acolhimento dos indivíduos, tanto no sentido de que aplicam um programa terapêutico, quanto no de que o cumprimento do programa se configura como um tratamento. Entretanto, por mais que se trate de uma categoria nativa, é importante ressaltar que há uma disputa em torno do uso dessa definição, que remete às próprias disputas ideológicas e práticas entre as CTs e a rede pública de saúde no Brasil. Para mais informações, ver capítulo 1 desta publicação.

4. De acordo com Weber (1980), tipos ideais são recursos analíticos que permitem certas caracterizações. No entanto, a probabilidade de existirem, enquanto tais, no mundo concreto, é mínima.

Terapêuticas Brasileiras (Ipea, 2017)[5] indicou que um número considerável de CTs brasileiras adota recursos terapêuticos oriundos de medicina, psicologia e assistência social, sem, contudo, dispensar as práticas chamadas religiosas ou espirituais (Ipea, 2017). Esses dados nos sugerem que as CTs brasileiras, em sua variedade e heterogeneidade, adotam alguma forma de composição entre práticas e recursos técnico-científicos, de um lado; e religiosos-espirituais,[6] de outro; apresentando, assim, configurações híbridas.

O objetivo principal deste texto é colocar em questão as tipologias que distinguem simplificadamente as CTs entre religiosas e laicas, argumentando que a diversidade de práticas encontradas nessas instituições as distribui ao longo de uma linha contínua, em que, num dos polos, se colocam aquelas em que predomina o tratamento religioso-espiritual; e no polo oposto, as que se caracterizam por adotar recursos técnico-científicos, ou laicos. Desse modo, sugiro que o chamado modelo de CT, ainda que ancorado em alguns pressupostos comuns, se materializa em diferentes configurações empíricas, que deslizam ao longo dessa linha, traçada entre as abordagens predominantemente religiosas e as predominantemente laicas.

Para tanto, parto dos dados empíricos, levantados pelo *survey* realizado em Ipea (2017), bem como das etnografias que realizei para a mesma pesquisa, em três CTs distintas: duas delas localizadas no estado do Rio Grande do Sul e uma no Acre. Nesse sentido, a reflexão aqui proposta difere das narrativas etnográficas de casos particulares, que abordam uma única instituição e seu funcionamento interno, comuns aos estudos sobre o tema no campo da antropologia (Rui, 2010; Machado, 2011; Aguiar, 2014; Loeck, 2014; Nunes, 2016).

O texto está organizado em duas seções principais e uma de reflexões finais. Na primeira delas, valho-me de dados quantitativos da pesquisa do Ipea (2017) para traçar um breve panorama sobre as CT no Brasil, no que diz respeito à orientação religiosa, aos recursos terapêuticos que elas informaram adotar, e à composição das equipes de trabalho. Trata-se de uma abordagem mais ampla, que sugere a hipótese de que diversas CTs apresentam, atualmente, uma configuração *híbrida*.

Na segunda seção, trago alguns dados das três comunidades pesquisadas, relativos ao seu espaço físico, programa terapêutico, equipe de trabalho, atividades cotidianas e relações interpessoais. Não se trata de uma descrição densa (Geertz, 1989), mas de apresentar elementos empíricos que possam oferecer um panorama geral de cada um dos locais pesquisados.

5. Ver a descrição detalhada da referida pesquisa em Ipea (2017).

6. Não me aprofundarei a respeito das distinções conceituais entre as ideias de *espiritual* e de *religioso*. Pretendo, com o uso do termo hifenizado, poder abarcar tanto as ligações que os indivíduos constroem com alguma ideia de "Deus" (espiritualidade), quanto aquelas que constroem com as "religiões" (religiosidade). Para uma discussão conceitual desses termos, consultar Koenig (2012), ou o artigo de Mercante (2013a).

Ao final, apresento breves reflexões, a partir da literatura antropológica, sobre a ideia de *conversão* que muito se associa às CTs e seus programas de tratamento. Proponho que essa associação não precisa necessariamente ser descartada, mesmo se pensarmos nessas instituições a partir de suas configurações híbridas mas, sim, revista e pensada de maneira mais ampla do que no sentido estritamente religioso-espiritual.

2 CTs NO BRASIL HOJE: DESLIZAMENTOS ENTRE O MODELO RELIGIOSO E O BIOPSICOSSOCIAL DE ABORDAGEM DO USO PROBLEMÁTICO DE PSICOATIVOS

Se esvaziássemos a expressão comunidades terapêuticas de todas os significados que já lhe foram associados, poderíamos imaginar que se resume numa comunidade de indivíduos que conteria, em sua própria dinâmica cotidiana, algum tipo de resolução terapêutica para o uso problemático ou nocivo de substâncias psicoativas, que fazem alguns indivíduos. Não. O modelo institucional das CTs parte de uma ideia de *comunidade* um tanto diferente. Algo criado, inventado e constituído por supostos *iguais*, indivíduos que passam a compartilhar de uma mesma definição patológica, de um diagnóstico comum e de uma mesma caracterização moral, que se confunde com sua própria constituição identitária: a de pessoas doentes e/ou moralmente fracas, em função do uso (problemático) que fazem de drogas.

Essas comunidades se situam à parte da vida social e comunitária originária das pessoas que nela vão residir. Ali, essas pessoas são mantidas, por algum tempo, em situação de isolamento. A CT consiste, assim, de um espaço de convivência compartilhado por indivíduos identificados como usuários problemáticos – ou dependentes – de psicoativos, que são temporariamente retirados do seu convívio social, com o propósito de, por meio de uma transformação subjetiva, suspenderem o uso de substâncias psicoativas e adotarem um estilo de vida abstinente.

O tratamento oferecido por essas instituições é pautado no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade. Além da total abstinência de substâncias psicoativas, a metodologia de tratamento se baseia no cultivo da espiritualidade e no exercício do trabalho e da disciplina. O método aposta ainda no convívio entre pares – indivíduos que, supostamente, compartilham de um mesmo problema, o uso problemático ou dependente de psicoativos – nos espaços de isolamento. Grande parte das CTs estabelece o período de nove meses ou mais para a duração do tratamento. Durante esse tempo, os residentes devem se submeter a uma rotina regrada, em que está prevista a realização diária de atividades de trabalho (manutenção, organização e limpeza dos espaços físicos da instituição); de cultos religiosos e outras atividades relacionadas à religiosidade; além de reuniões em grupo para partilha de sentimentos, e, eventualmente, consultas individuais ou coletivas com terapeutas.[7]

7. Naturalmente, há variações entre as CTs.

QUADRO 1
Modelo de programação de atividades semanais adotado pelas instituições

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	6h30 - Despertar	7h30 - Despertar
7h - Café	7h - Café	7h - Café	7h - Café	7h - Café	7h - Café	8h - Café
8h - Culto	8h - Culto	8h - Culto	8h - Culto	8h - Culto	8h - Culto	9h - Culto
9h - Limpeza	9h - Limpeza	9h - Limpeza	9h - Limpeza	9h - Limpeza	9h - Limpeza	10h - Livre
10h - Atividade em grupo (palestra)	10h - Atividade em grupo (palestra)	10h - Atividade em grupo (palestra)	10h - Atividade em grupo (palestra)	10h - Atividade lúdica	10h - Livre	12h - Almoço e depois tarde e noite livre
11h - Livre	11h - Livre	11h - Livre	11h - Livre	11h - Livre	12h - Almoço e depois tarde livre	19h - Jantar
12h - Almoço e depois tempo livre	12h - Almoço e depois tempo livre	12h - Almoço e depois tempo livre	12h - Almoço e depois tempo livre	12h - Almoço e depois tempo livre	19h - Jantar	22h30 - Horário de dormir
14h - Laborterapia e atendimento psicológico	14h - Psicoterapia em grupo (2 grupos)	14h - Laborterapia e atendimento psicológico	14h - Atividade em grupo (prevenção de recaída)	14h - Laborterapia e atendimento psicológico	20h - Atividade em grupo opcional (filme)	
17h - Livre	16h - Livre	17h - Livre	15h - Livre	17h - Livre	22h30 - Horário de dormir	
19h - Jantar	19h - Jantar	19h - Jantar	19h - Jantar	19h - Jantar		
20h - Culto	20h - Culto	20h - Culto	20h - Culto	20h - Atividade em grupo (filme)		
21h - Livre	21h - Livre	21h - Livre	21h - Livre	21h - Livre		
22h30 - Horário de dormir	22h30 - Horário de dormir	22h - Futebol na televisão (opcional)	22h30 - Horário de dormir	22h30 - Horário de dormir		

Fonte: Ipea (2017).

As CTs são iniciativas não governamentais, algumas delas mais antigas que a própria Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, instituída em 2003.[8] Entretanto, desde 2011, estas instituições passaram a ser reconhecidas como complementares à Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde. O financiamento público a estas entidades, pelo governo federal, data de 2010/2011,[9] ainda que, no âmbito dos estados e municípios, isso venha ocorrendo há mais tempo.[10]

Ao longo do tempo, e em decorrência de legislação regulatória nacional,[11] as CTs que pleiteiam recursos públicos passaram, cada vez mais, a agregar às suas práticas saberes técnico-científicos oriundos da medicina, da psicologia, da assistência social, entre outros. Assim, por mais que hoje, no Brasil, essas entidades sejam comumente percebidas como instituições de tratamento religioso, a pesquisa que serve de base para este capítulo mostra que esse não é um universo homogêneo. As CTs apresentam configurações híbridas e fluidas, que deslizam entre os paradigmas religioso-espiritual e técnico-científico, em sua percepção e definição sobre as pessoas que fazem usos problemáticos de SPAs.

Não obstante, ambos os paradigmas parecem nutrir uma base comum para as percepções morais que as instituições detêm sobre seus clientes. Seja a partir da ideia de *pecado* ou de *doença incurável*, o uso problemático de drogas é percebido como um problema do indivíduo – independente do contexto social em que vive – e que só por ele pode ser enfrentado. Esta percepção acaba por "colar" uma marca inescapável de desviante (Becker, 2008) no sujeito, que a incorpora; e produzir, no dizer de Lima (1990), a própria institucionalização do desvio.

---

8. Ipea (2017, p.17) identificou que 21% das CTs brasileiras foram fundadas até o ano de 1995, e mais 40,8% entre os anos de 1996 e 2005. Isso indica um grande número de entidades existentes antes de 2003 ou que passaram a existir concomitantemente à citada rede pública de atenção em saúde.

9. Por força do Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack – Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (Brasil, 2010) –, que determinou o financiamento federal dessas entidades pela Secretaria Nacional de Políticas de Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça (MJ), com recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

10. É importante ressaltar que a conformação dessa rede de atenção não é isenta de conflitos, uma vez que os princípios norteadores da política do SUS se alinham com as práticas de redução de danos, enquanto as comunidades terapêuticas se pautam pelo ideal de abstinência. Para mais informações, ver capítulo 1 desta publicação.

11. Atualmente, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Brasil, 2011). Esse regulamento substituiu a RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, também da Anvisa. A RDC nº 101 indicava em seu texto a exigência de equipe técnica mínima, sendo um profissional da saúde ou serviço social como responsável técnico. Mesmo com o texto da RDC nº 29 tendo revogado esta exigência, e focado mais em regulações sobre a estrutura física das CTs, o reflexo da inserção dos profissionais de saúde e assistência social parece ter perdurado.

O *survey* apresentado em Ipea (2017)[12] indica que cerca de 83% das CTs brasileiras possuem alguma orientação religiosa, sendo 47% delas evangélicas e 27% católicas – embora quase 18% dessas instituições se declarem sem qualquer orientação religiosa, mesmo as que praticam atividades de espiritualidade. Conforme as pesquisas etnográficas demonstraram, essas atividades se constituem, na maioria dos casos, de cultos religiosos, com louvores e pregações, palestras ou ainda, de estudos bíblicos.

Observando-se o número de profissionais de saúde e assistência social à disposição das CTs, constata-se uma significativa profissionalização dessas entidades, o que tem tornado o universo simbólico dessas instituições cada vez mais complexo. De acordo com os dados apurados por Ipea (2017), há cerca 1,1 psicólogo/a, em média, atuando como profissional contratado nas CTs brasileiras, além de 0,7 como voluntário, para cada instituição, em média. Em termos de assistentes sociais, encontra-se, em média, 0,7 desses profissionais contratados por instituição e 0,6 como voluntários. Encontra-se ainda a média de 0,5 médico contratado e 0,6 médico voluntário por instituição; e a média de 0,4 enfermeiro contratado e 0,6 como voluntário, por instituição.

De qualquer forma, ainda são bastante numerosos – e mesmo preponderantes – os trabalhadores não técnicos das CTs, geralmente mais vinculados à vertente religiosa do modelo. O número de sacerdotes por instituição é, em média, 1,9 como voluntário e 0,4 como contratado; de monitores,[13] 2,7 voluntários e 2,5 contratados por instituição; e de coordenadores, 1,5 como voluntário e 1,5 como contratado. A composição final desses agentes, nos diferentes casos empíricos, pode conferir contornos bastante específicos ao tipo de tratamento oferecido por cada instituição, como veremos posteriormente.

Pode-se ainda observar o mencionado deslizamento entre as abordagens religiosas-espirituais e as técnico-científicas analisando-se as técnicas terapêuticas adotadas pelo conjunto de CTs, assim como as atividades realizadas cotidianamente pelos internos. A partir dos dados do *survey*, nota-se que 95,6% das instituições pesquisadas desenvolvem atividades de espiritualidade como recurso terapêutico;

12. Segundo Ipea (2017), o universo estimado de CTs atuantes no Brasil é de 1950. Essa estimativa deriva de cadastro realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Para mais informações, ver também o primeiro capítulo desta publicação.

13. Esta é uma categoria importante no contexto das CTs e vale uma breve explicação. Monitores são extremamente comuns no universo dessas entidades, pois são normalmente de ex-acolhidos de alguma instituição dessa natureza, que podem também ter participado de formações sobre dependência química (não necessariamente) e que exercem um papel importante no funcionamento das instituições. Ao mesmo tempo que lidam com o trato diário, mais cotidiano, dos acolhidos, exercem um tipo de vigilância institucional. Em termos gerais, eles se encontram em uma posição que pode proporcionar um sentimento de proximidade nos acolhidos, por serem normalmente eles próprios ex-acolhidos, mas não deixam de ser parte da equipe técnica dos órgãos, ou seja, são um braço institucional. Eles transitam entre "dois mundos", o dos acolhidos, e o da equipe técnica. Cada monitor em específico pode ser mais próximo dos residentes ou da equipe técnica, variando de acordo com idiossincrasias individuais.

92,9% utilizam a laborterapia;[14] 88,5% utilizam a psicoterapia em grupo; 84,6% a psicoterapia individual; 70% reuniões de Doze Passos, remetendo às reuniões dos Alcoólicos Anônimos e dos Narcóticos Anônimos); entre outras atividades. É importante ressaltar que grande parte das instituições possui uma sobreposição dessas atividades, que acontecem concomitantemente durante o período do tratamento, em momentos específicos da rotina institucional diária.

No que diz respeito às atividades diárias de limpeza e organização das CTs, elas são realizadas por 95% das entidades; palestras diversas acontecem em 93,6%; atividades físicas ou desportivas em 90,7%; trabalhos de cozinha em 89,5%; leitura da Bíblia em 89%; orações e cultos em 88%; atendimento psicoterápico individual em 84,1%; e atendimento psicoterápico em grupo em 82,4%. A lista segue com outras atividades de recorrência diária menor, como reuniões de naturezas diversas (como as de ajuda mútua) e outras atividades laborais ou oficinas. A pesquisa deixa bastante claro que as atividades anteriormente apontadas (trabalho de manutenção da instituição, espiritualidade e atendimentos psicoterápicos) são as mais recorrentes no dia a dia institucional.

Os dados quantitativos apresentados também indicam que muitas CTs do Brasil possuem equipes de trabalho compostas por profissionais com formação universitária e técnica, ao lado de sacerdotes e missionários religiosos, sejam eles contratados pelas instituições ou voluntários. Esse é um indicativo de que talvez não seja muito frutífero, em termos analíticos, situar as instituições a partir de tipos-ideais, seja como instituições totalmente imersas no discurso religioso-espiritual; seja totalmente imersas no discurso técnico-científico das ciências biomédicas, psicologia e assistência social. Sendo assim, é possível pensar que, concretamente, as CTs transitam entre híbridos desses dois tipos-ideais, não se identificando, necessariamente, com o tipo religioso-espiritual nem com o tipo técnico-científico. Entendo que é mais adequado compreender o universo dessas entidades, ao menos no Brasil, como uma multiplicidade de configurações empíricas que deslizam entre esses dois tipos.

A seguir, apresento trechos retirados dos três trabalhos de campo etnográficos que realizei em três diferentes CTs, com o objetivo de explorar mais a fundo as questões antes mencionadas.

3 DIFERENTES ABORDAGENS DE UM MESMO MODELO TERAPÊUTICO: APROXIMAÇÕES E AFASTAMENTOS ENTRE TRÊS CTs

Na seção anterior argumentei, com base nos dados quantitativos da pesquisa, que o campo das CTs não é homogêneo. Alguns exemplos empíricos dessa diversidade

14. Laborterapia, no contexto das comunidades terapêuticas, diz respeito à atribuição de valor terapêutico a atividades laborais, como a limpeza do espaço físico institucional, manutenção de hortas e cuidado com animais (naquelas que possuem animais), atividades de preparo de alimentos para a coletividade e, em alguns casos, atividades laborais na confecção de produtos que serão vendidos para a manutenção da instituição.

serão apresentados, a seguir, por meio de relatos resumidos, que dizem respeito a três experiências de trabalho de campo etnográfico, empreendidas entre o segundo semestre de 2015 e o primeiro semestre de 2016. Devido a limitações de espaço, os relatos aqui apresentados não esgotam a riqueza dos universos particulares apreendidos em campo. O esforço será, em alguma medida, comparativo, buscando salientar diferenças e similaridades entre as três instituições e, principalmente, aspectos particulares da atuação de cada uma delas no que diz respeito às configurações híbridas entre os campos religioso-espiritual e técnico-científico.

3.1 CT 1[15]

A primeira instituição visitada – que chamaremos de CT 1 – localiza-se na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul e está em funcionamento há mais de trinta anos. Possui uma estrutura física nova e bastante adequada do ponto de vista das regras sanitárias e normativas governamentais. Quando essa entidade foi fundada, seu terreno ficava afastado da parte urbana da cidade, e, com o passar dos anos, a cidade cresceu no entorno da comunidade, tornando-se povoada por residências e alguns poucos estabelecimentos de comércio. O isolamento total do convívio social não é uma realidade nessa instituição, pois é possível observar, de dentro dos seus muros, o movimento do bairro.

Metade das cinquenta vagas ofertadas por esta CT eram, no momento do trabalho de campo, financiadas pelo governo federal (via SENAD/MJ). A instituição também possui outros convênios com o estado e o município, o que permite supor que o suporte financeiro dessa comunidade venha basicamente desses convênios com entidades governamentais.

A equipe é enxuta e se compõe de três obreiros (pastores), além do diretor e sua esposa e um psicólogo. Os obreiros moram com suas famílias dentro do terreno da instituição, em casas separadas, e se revezam no trato diário com os residentes. Nessa CT, os obreiros fazem o papel dos monitores, diferentemente de grande parte das demais instituições, que utilizam, como trabalho voluntário ou assalariado, a mão de obra de ex-acolhidos para acompanhar os novos ingressantes, nas atividades cotidianas que se desenrolam durante a internação. O diretor e sua esposa cuidam da parte administrativa e de algumas outras atividades, como palestras sobre dependência química. Há ainda um psicólogo, que trabalha alguns turnos durante a semana.

O psicólogo constitui-se em personagem emblemático daquela CT e representa, particularmente, um bom exemplo da hibridização entre recursos religiosos e científicos que ali ocorre. Originariamente, ele veio para atuar como pastor, tendo

15. Os nomes das instituições e das pessoas que eventualmente sejam citadas no decorrer desta seção serão omitidos, respeitando um acordo de sigilo estabelecido com as instituições, seus profissionais e residentes, durante o trabalho de campo.

sido devidamente ordenado para tal por uma instituição evangélica. Como pastor, ele funcionava como conselheiro espiritual, ou obreiro, como eles denominam a função. Posteriormente, porém, esse mesmo sujeito graduou-se como psicólogo e mudou de função no interior da instituição, passando a atender os residentes no consultório e a trabalhar com os prontuários, que a entidade precisa manter atualizados. Em função disso, os acolhidos que já o conheciam de internações anteriores passaram a chamá-lo, jocosamente, de "pastorólogo".

Ele próprio me contou este fato, durante uma entrevista. Apesar de dizer que consegue "vestir diferentes chapéus", distinguindo adequadamente as situações em que deve atuar com cada um deles, ele também demonstrou – em outro momento e talvez sem querer – que esta distinção é muito difícil, na prática.

> Eu como psicólogo não posso indicar, pela ética, a minha igreja, ou qualquer outra. Eu sempre procuro dizer para ele que eu creio em Deus, mesmo que a psicologia muitas vezes coloque alguns pontos de interrogação sobre essa questão. Mas eu, como psicólogo, sou cristão. Creio firmemente que existe esse Deus que cuida da nossa vida.

Assim, a experiência de campo na CT 1 colocou em xeque, para mim, a já mencionada tipologia de CTs, que as distingue por seguirem ou o modelo religioso-espiritual ou o técnico-científico. Ali, esses modelos se complementam, inclusive na qualificação da própria equipe. Tanto o diretor, quanto dois dos três obreiros que ali atuam, passaram por formações em dependência química, o que lhes deu acesso a conhecimentos, técnicas e mesmo discursos originários do campo biomédico, relativos ao tratamento de usuários de drogas. Segundo o diretor da instituição:

> quanto à dependência química, eu não tenho a menor dúvida de que é uma doença. Eu sempre estou falando para a equipe de trabalho que nós precisamos olhar a pessoa como um todo. E que a dependência precisa ser primeiramente vista como uma doença, e entender que não existe uma cura para ela. Porque nada indica ainda que exista uma cura. Eu acho que isso já é um bom começo. Eu acho que a parte espiritual, que é muito forte nas comunidades terapêuticas, eu vejo como algo muito importante. Mas eu não vejo a cura através da espiritualidade como um todo. Claro que existem casos, a gente percebe, que através da espiritualidade houve mudanças. Mudanças de comportamento, várias mudanças de estilo de vida.

Um dos obreiros (pastores) concorda:

> uma coisa que acho bem legal é que a ciência e a religião andam juntas. Muitas vezes pegamos conceitos extremos de ambas as partes e dizemos que não. Eu creio fundamentalmente nos dois. Mas a minha conduta ainda é evangélica, cristã, a respeito de tomar minhas decisões.

Segundo o texto de seu programa terapêutico, a comunidade trabalha, primeiramente, a partir da noção de dependência química, interpretada como

uma doença crônica e incurável, ou seja, pretende-se que a base conceitual do tratamento oferecido seja técnico-científica. Ao mesmo tempo, também ocorrem práticas voltadas ao cultivo da espiritualidade-religiosidade, mas elas não constituem exatamente o centro do tratamento. Essas atividades, ao que parece, têm a função de prover algum tipo de sustentação moral, que guie os sujeitos, tanto durante quanto depois do tratamento, em sua vida fora da comunidade.

A entidade não é vinculada a nenhuma denominação religiosa específica, no entanto, as atividades espirituais-religiosas se orientam por elementos do cristianismo evangélico/protestante. Vale notar também que, embora seus dirigentes fossem vinculados a uma religião específica, não percebi que se buscava converter os acolhidos a quaisquer denominações pontuais.

Alguns internos me disseram que as práticas relacionadas à espiritualidade, naquela CT, eram "*muito fortes e diferentes*", em comparação com outras instituições similares em que já haviam estado. Eles comentavam que ali "*o tratamento é na base do amor, enquanto em outros lugares, é na base da dor*". Há ainda a percepção de que ali se dá um acolhimento incondicional na medida em que seu diretor recebe, repetidas vezes e sem restrições, uma mesma pessoa. Existem também casos de indivíduos que simplesmente não conseguem, no médio ou longo prazo, se desvincular da entidade. Esses casos, ainda que pouco numerosos, podem ser interpretados como um tipo de institucionalização.

> Além de tornar o dependente um ser à parte, que receberá tratamento especial, contribui para institucionalizar a prática da dependência ao criar, no indivíduo, a necessidade de amparo assistencial (recuperação) e dependência do órgão detentor de legitimidade (Lima, 1990, p. 132 *apud* Rui, 2010).

O processo de engajamento subjetivo do indivíduo na rotina da instituição não me pareceu, contudo, *forçado*. Aparentemente, havia interesse da equipe em oferecer incentivos, conversar e motivar os acolhidos. Entretanto, pude observar, no dia a dia, a aplicação de algumas sanções (punições), como no caso de um rapaz que não pode ir jogar futebol com o restante dos residentes, em um ginásio localizado fora da instituição, porque ele não estava participando de cultos e palestras, além de estar desrespeitando o horário de despertar.

Segundo alguns profissionais da instituição, a tolerância ao não engajamento institucional poderia facilitar engajamentos mais "espontâneos", a partir da ideia de que o processo de compromisso com o tratamento seria parte integrante do processo terapêutico. Não obstante, ainda segundo esses interlocutores, ela levaria alguns internos a "se acomodarem", experienciando o período passado na comunidade como uma temporada em um hotel, no curso da qual evitam deixar-se tocar por qualquer apelo por mudanças subjetivas ou comportamentais.

Para o diretor da CT 1, ainda que o fato de indivíduos saírem e entrarem inúmeras vezes na instituição – após altas ou evasões, seguidas de recaídas – possa ser interpretado como indício da ineficácia do tratamento, pode-se considerá-lo, também, como uma prática de redução de danos, na medida em que, quando internados, os indivíduos permanecem em abstinência, minimizando, efetivamente, os riscos e danos decorrentes do uso contínuo e massivo de SPAs.

Entendo que, embora atraente, esse argumento é problemático, pois, ao contrário do referencial que dá sentido ao modelo Redução de Danos,[16] a CT 1 parte da premissa de que o uso problemático de drogas é uma doença incurável. Como vimos, esse pressuposto tende a reforçar, naqueles indivíduos que retornam à CT, a ideia da inescapabilidade de sua condição de doente crônico. Pensando em termos de processos mais longos do que um evento interventivo, creio ser possível pensar que esse entra e sai da instituição seja exatamente o oposto da redução de danos, isto é, uma prática que promove a própria manutenção da dependência química como única possibilidade interpretativa da situação, no médio e no longo prazo, para aqueles indivíduos.

3.2 CT 2

Minha segunda experiência de campo ocorreu em uma instituição localizada na periferia de Rio Branco, capital do Acre, que está em funcionamento há mais ou menos vinte anos. À época de minha visita, sua estrutura física era bastante precária, mas estava em curso a construção de um novo alojamento em alvenaria, mais adequado às regras sanitárias vigentes.[17] A comunidade é administrada por uma organização que possuía três unidades: a CT 2 e mais duas – estas últimas situadas no interior do estado. Na unidade que visitei, há espaço para acolher, ao mesmo tempo, até trinta pessoas, todas do sexo masculino.

A CT 2 é presidida pelo Mestre J. M., que também é o líder espiritual de um núcleo religioso inspirado em uma das religiões *ayahuasqueiras* do Brasil. O trabalho consiste, precisamente, na utilização do vegetal (ayahuasca)[18] para a cura de pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

16. A redução de danos pode ser interpretada de diferentes maneiras: *i)* pode ser vista como um paradigma que constitui outro olhar sobre a questão das drogas e do álcool e institui outras tecnologias de intervenção, que respeitem a diversidade das formas de ser e estar no mundo, e promovam saúde e cidadania; *ii)* como um conjunto de estratégias construídas para e por pessoas que usam substâncias psicoativas ilícitas e lícitas e que buscam minimizar eventuais consequências negativas do uso dessas substâncias sem colocar a abstinência como único objetivo do trabalho em saúde; ou *iii)* como uma *política pública* centrada no sujeito e constituída com foco na promoção da saúde e cidadania das pessoas.

17. RDC nº 29/2011, da Anvisa, já citada.

18. O vegetal ou *ayahuasca* é uma bebida preparada com o uso de um cipó chamado *mariri* e as folhas de uma planta chamada *chacrona*. Trata-se de substância psicoativa cujo uso religioso é regulamentado no Brasil. Há uma diversidade de vertentes religiosas (simbólicas) que fazem uso desse chá em seus rituais. A respeito dos usos rituais dessa substância e das distintas linhagens das religiões *ayahuasqueiras* no Brasil, ver Goulart (2004), Labate e Araújo (2004), Labate e Goulart (2005) e Labate e MacRae (2010). A respeito dos usos terapêuticos do chá, especialmente no que diz respeito ao tratamento da dependência química, ver Gomes (2011) e Mercante (2013a; 2013b; 2017).

Esse núcleo, contudo, não é reconhecido pela organização religiosa na qual se inspira, constituindo-se como um trabalho paralelo, desenvolvido pelo Mestre J. M. Isso porque essa organização (a que chamarei aqui de oficial) não realiza e não autoriza a realização de trabalhos de cura. O núcleo do Mestre J. M. se difere também pelo modo como agrega seus sócios: enquanto a organização oficial só recebe novos membros se estes forem convidados por algum sócio antigo, o núcleo do Mestre J.M. recebe qualquer pessoa que deseje frequentar suas cerimônias e rituais. A "missão" que o próprio Mestre se atribuiu é a de acolher incondicionalmente qualquer um que necessite de cura, tanto "do corpo, quanto do espírito". Segundo o Mestre, a CT 2 "vem auxiliar as pessoas a sair da escuridão, das entranhas do mal, da força negativa". Segundo um dos voluntários da instituição, a CT 2 "está aí para ajudar a levantar os caídos".

De acordo com a simbologia da religião *ayahuasqueira* que orienta esse espaço, o mundo é lido de maneira dual, a partir de pares de oposição: bem-mal, luz-escuridão, limpeza-sujeira, ordem-desordem. Qualquer coisa, pessoa ou circunstância será classificada em um dos desses polos, inclusive o uso problemático de drogas, que é associado aos segundos termos desses pares. Mestre J.M. entende que o uso do vegetal pode transformar as pessoas, levando-as à luz e à limpeza, com uma vida ordenada, espiritualizada e praticando o bem. A CT 2 acolhe principalmente pessoas em situação de rua ou de extrema vulnerabilidade social. Entre os internos, há muitas pessoas advindas do sistema prisional – o que decorre de um acordo estabelecido entre a CT e uma determinada juíza daquele estado, a qual encaminha alguns indivíduos para lá, para cumprimento de penas.

No mesmo terreno da instituição existe ainda um templo, destinado a cerimônias e rituais em torno do ayahuasca, e uma pequena vila, onde vivem ex-acolhidos e suas famílias, conformando uma comunidade com características muito próprias. Um muro separa a comunidade da vila, cujos habitantes, muitas vezes, têm empregos na cidade ou trabalham na própria vila, ou ainda, na própria CT.

Seu programa terapêutico tem a duração de nove meses. O uso do chá durante o tratamento difere daquele que é feito durante os rituais religiosos. Segundo trabalhadores e acolhidos da instituição, o vegetal trabalha no espírito e na matéria (corpo) das pessoas, transformando-as em "novas criaturas". Ouvi relatos de pessoas que "tinham suas vidas escravizadas pelo inimigo", "viviam vidas mundanas", "eram do mundo"; e que, após o tratamento, passaram a fazer "coisas boas" – o que significa, naquele contexto, que tais pessoas passaram a compartilhar os valores da espiritualidade, do amor ao próximo, da família e do trabalho.

O uso problemático de SPAs é definido na CT 2 como um problema espiritual, e o tratamento oferecido é voltado à cura espiritual, que implica o encontro de cada um com sua própria consciência, processo que está associado à ingestão do

vegetal. Essa substância é administrada aos internos, no contexto do tratamento, além de ser, naturalmente, ingerida durante as cerimônias da religião, que ocorrem no templo anexo à CT, a cada quinze dias. Aos recém-chegado, ela é administrada diariamente, três vezes por dia, em pequenas doses, e em diferentes situações, como nas reuniões e conversas coletivas, durante a própria laborterapia e em momentos de relaxamento. O chá também é oferecido àqueles que estejam vivenciando sintomas de agressividade, abstinência ou fissura, uma vez que se entende que ele atua sobre a fisiologia e a psicologia dos indivíduos, acalmando-os e trazendo mais clareza aos seus pensamentos. Pode-se dizer, assim, que uso do vegetal, nessas circunstâncias, possui o sentido de remédio, como sugerido por residentes e equipe.

Espera-se que o uso do vegetal, nos primeiros dias de internação e fora do contexto do ritual religioso, desencadeie as primeiras transformações subjetivas dos internos. Segundo argumentou uma dirigente, não adiantaria "falar de Deus" logo no início do tratamento, pois alguns indivíduos não estariam ainda abertos para ouvir, e poderiam mesmo desistir da experiência. O uso do chá favoreceria a abertura espiritual dos recém-chegados.

Quando o seu uso é feito no contexto dos rituais religiosos, o vegetal provoca efeitos mentais e físicos bastante intensos – o nome que dão ao estado corporal-mental durante esses rituais é "borracheira". Nesses momentos, também podem surgir as experiências de "peia", que consistem de quadros de grande desconforto físico e mental, que podem evoluir para vômitos, evacuações e/ou micções. Todavia, esses efeitos purgativos são considerados benéficos, pois "limpam a mente e o organismo da química das drogas". Segundo um dos conselheiros da CT, que havia passado pelo tratamento naquele local alguns anos antes, as "peias" geralmente acontecem quando os sujeitos revivem situações traumáticas do passado. O chá pode provocar, também, as "mirações", isto é, "visões" que ajudam a corrigir e instruir as pessoas que as recebem. Nem todos os participantes dos rituais religiosos têm mirações, e mesmo aqueles que as manifestam mais recorrentemente não podem dizer com certeza quando e por que elas ocorrem: é um processo que emerge espontaneamente. Outros relatos apontam que as borracheiras e mirações são situações que podem proporcionar rupturas biográficas, transformações ou, antes disso, abertura para a transformações.

O uso do chá pelos internos da CT 2, como parte do tratamento e fora do contexto cerimonial, é considerado um uso *laico*. Um voluntário da instituição, que havia passado pelo "tratamento" alguns anos antes, relatou que:

> nas sessões espirituais, a coisa é mais intensa do que tomar no dia a dia. Por isso que a gente faz esse uso religioso, porque é mais forte. A gente costuma dizer que quando o balseiro é grande demais, quando o cara tem 20 anos, 30 anos de drogadição, fazendo coisas ruins, ele vai beber o vegetal no dia a dia e não vai curar ele. Mas quando ele

> participa de uma sessão, que é mais forte, aí vai ter um reboque maior para puxar o barco dele (...). As dificuldades que as pessoas passam durante a borracheira é pelas coisas que ela mesma plantou. Ela vai passando pelas coisas ruins que fez. Mas não sou eu que estou falando: isso é tudo da consciência dela (...). Então, as pessoas caem na real (...) porque o vegetal corrige, doutrina a pessoa dentro dela mesma.

O processo de transformação almejado por esta instituição, entretanto, não é restrito às vivências individuais com o uso do vegetal. Hierarquia e obediência são diretrizes do "tratamento" da CT 2, assim como da própria organização religiosa que a abriga. O uso do tempo e a rotina diária na CT 2 são semelhantes aos de outras instituições do mesmo tipo, havendo horários marcados para os residentes despertarem pela manhã, se alimentarem, praticarem atividades laborais, participarem de reuniões com a equipe e descansarem. Como acontece nas demais comunidades, a percepção da necessidade dessa rotina regrada se deve à leitura, comum a todas essas instituições, de que a vida que os internos levavam enquanto estavam "na ativa", não conhecia qualquer regra.

A CT 2 também tem em comum com outras o fato de entender que o esforço e a vontade individuais são essenciais para que a "cura" ocorra. Como disse o Mestre J. M.:

> 50% de sucesso é garantido, graças ao tratamento com o vegetal; os outros 50% dependem do querer da pessoa em tratamento. As pessoas chegam atormentadas, perturbadas. Mas isso está relacionado também com a vida espiritual da pessoa. A droga é responsável apenas por uma porcentagem do problema das pessoas que chegam para se tratar na CT 2. Por isso, a importância do tratamento ser associado a uma casa espiritual, onde se cuida dessa parte da vida da pessoa, com a fé e com o estímulo à espiritualidade.

A laborterapia envolve basicamente as mesmas atividades de conservação e manutenção da residência e de preparação dos alimentos. Devido ao fato de a instituição ser bastante carente de recursos financeiros, os internos também se dedicam à produção de bens para venda, como o preparo artesanal de castanhas-do-pará caramelizadas e balas de gengibre.

Os encontros coletivos e reuniões entre os internos podem ser de cunho religioso-espiritual, envolver apenas conversas sobre o dia a dia ou tratar de temas relacionados à dependência química, a qual, na CT 2, também é vista como uma doença – o que denota a incorporação de categorias típicas do campo técnico-científico da saúde.

Além de seu contexto religioso-espiritual específico, essa CT é bastante peculiar por outros motivos. Os residentes não vivem em total isolamento da vida social, uma vez que estão próximos da pequena vila, cujos moradores, em sua maioria, já passaram pelo mesmo tratamento. Além disso, o templo religioso, embora

frequentado pelos acolhidos da instituição, também recebe os moradores da vila e outras pessoas de fora. Embora tenham seus horários e suas práticas específicas, a serem cumpridos diariamente, os acolhidos mantêm contato próximo e cotidiano "com o mundo", ou com o "tempo do mundo". Se no "internato" (a CT) o controle do tempo é característico do modelo, no espaço que denominam internamente de "sociedade" (a vila) o tempo é outro: nele, o que impera é o tempo da vida cotidiana de indivíduos autônomos, com seus ritmos próprios, que variam conforme as atividades que exercem – por si próprios, e para si e/ou sua família. Alguns dos moradores desse espaço de moradia trabalham em outros locais da cidade, e outros exercem seu trabalho dentro da própria instituição.

Todos esses elementos trazem uma dinâmica bastante diferente ao local. É possível dizer que a união de todos esses microcosmos de vida social (comunidade terapêutica/vila/templo) forma um pequeno povoado com vida própria, quase independente do restante da cidade e, mesmo, do bairro onde se localiza. Assim, nessa instituição em específico, os internos têm a oportunidade de enxergar, ocorrendo a poucos metros de distância do internato, o desenrolar de uma "vida comunitária" naquela "sociedade" erguida, ao longo dos anos, por ex-residentes da CT.

Essa "sociedade" se configura, assim, como um ambiente social intermediário, entre o mundo fechado da CT e o mundo totalmente aberto "lá de fora", constituindo-se numa etapa que muitos na instituição consideram essencial para o sucesso da vida "pós-tratamento". Como pude ouvir, tanto de acolhidos ainda na fase do internato quanto de ex-acolhidos que já moram fora da CT 2, essa "sociedade" é uma alternativa interessante para o processo de transição entre a internação e a reinserção social, principalmente para aqueles que não se sentem seguros para a saída. Como demonstra a fala de um dos acolhidos no momento do trabalho de campo:

> quero permanecer. Se for por vontade de Deus, quero ficar aqui. Não vou dizer, pro resto da vida. Mas se for vontade do Senhor... Porque, aqui atrás, tem umas casinhas, que são dos sócios. E estou pretendendo ir pra esse outro lugar. (...) Uma comunidade, uma vila. É tudo de bom. Lá, a gente pode ter os familiares próximos, a esposa, os filhos.

Trata-se, assim, de um projeto de futuro que se apresenta bastante factível para os acolhidos na CT 2, ainda que seja um futuro bastante ligado à instituição. Ao mesmo tempo, muitos residentes e ex-residentes consideram que essa proximidade com a instituição é tanto uma forma de retribuir o benefício conseguido por meio do tratamento, quanto de manter um tipo de autovigilância sobre a própria trajetória.

Se, à primeira vista, a CT 2 parece corresponder ao tipo religioso-espiritual – uma vez que o uso problemático de substâncias psicoativas é visto como apenas um sintoma de problemas espirituais mais amplos –, ela não escapa da contaminação pelo discurso técnico-científico, na medida em que também adota o conceito de dependência química para referir-se à condição dos internos, a qual está registrada, inclusive, no seu programa terapêutico. Também pude observar o interesse da instituição em agregar profissionais e técnicos das áreas de saúde e assistência social, o que só era dificultado pela falta de recursos e de voluntários, naquele momento. Os dirigentes, contudo, disseram que a presença desses profissionais era uma grande necessidade da CT, para que ela pudesse pleitear recursos públicos.

3.3 CT 3

Em contraste com as outras duas instituições pesquisadas que, apesar de se situarem em partes periféricas de centros urbanos, eram vizinhas próximas de residências e comércio, a CT 3 está situada em uma região bastante isolada. De seu terreno, não se enxerga a "vida acontecendo lá fora". Ela é cercada por outras propriedades rurais, numa região com baixa densidade demográfica. Sua infraestrutura física é toda construída em alvenaria, e suas dimensões são adequadas à magnitude do público atendido. Há bastante espaço verde, com pasto para animais, horta e grandes pátios.

A instituição possui boa relação com as redes públicas locais de saúde e de assistência social, assim como com instituições do sistema de justiça. A comunidade recebe financiamento público, tanto da esfera estadual quanto da federal. Também encontrei ali uma equipe técnica multidisciplinar praticamente completa, composta por psicóloga, assistente social, enfermeiro, técnico em enfermagem, clínico geral e psiquiatra. Cada um destes profissionais, porém, oferece atendimento apenas uma ou duas vezes por semana. O programa terapêutico é focado principalmente em atividades de laborterapia e de espiritualidade. Estas últimas abrangem cultos religiosos, estudos bíblicos e orações, todas elas coordenadas por monitores – isto é, pessoas que já passaram pelo tratamento e que permanecem no lugar, desempenhando funções de suporte e vigilância dos novos acolhidos, no dia a dia do tratamento. A interlocução entre equipe técnica e monitores, no cotidiano da instituição, me pareceu, entretanto, bastante rarefeita, seja no planejamento ou na execução dos planos de tratamento dos acolhidos.

O programa terapêutico da CT 3 também é baseado no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, mas diversas atividades, comuns a um grande número de CTs – reuniões sobre os Doze Passos, reuniões de partilha de sentimentos, palestras (Ipea, 2017) – são, ali, pouco frequentes. Essas atividades estavam começando a ser implementadas quando realizei meu trabalho de campo e estavam a cargo de um monitor que estava lá há apenas dois meses. Os atendimentos individuais

pela equipe técnica são eventuais – menos do que uma vez por semana –, o que me deixou a impressão de que sua presença na CT 3 se deve principalmente ao interesse da instituição de se qualificar para receber recursos públicos. Como não pude observar os atendimentos individuais, não foi possível perceber se, ou em que medida, a equipe técnica fazia uso, junto aos acolhidos, dos diversos conceitos e categorias técnico-científicas para interpretar o fenômeno do uso problemático de drogas e o próprio tratamento.

Os coordenadores da instituição consideram a prática religiosa e a proximidade com a palavra de Deus o principal recurso terapêutico na recuperação de dependentes de álcool e outras drogas, seja na fase de internação, seja depois dela, no esforço de manutenção da abstinência pós-tratamento. A própria equipe técnica da CT 3 – ao menos aqueles indivíduos com os quais pude conversar – também compartilha dessa convicção. Um exemplo disso pode ser encontrado na fala de um dirigente.

> Se hoje me pedissem para abrir mão da equipe para fazer o trabalho espiritual, eu não aceitaria, não abriria mão da equipe técnica (...). Se existe médicos, se existe a medicina, é porque Deus autoriza.

A prática da espiritualidade-religiosidade se dá, principalmente, pela inserção de orações e leituras bíblicas, em diversos momentos do cotidiano, e pela realização intensiva de rituais e pregações. A cada dia, em sistema de rodízio, um dos acolhidos fica responsável por conduzir as orações para todos os presentes. É perceptível a repetição de um determinado formato na condução dessas orações, segundo o qual o orador principal se dirige diretamente a Deus.

Esse formato é característico também dos pastores que estiveram na comunidade ministrando cultos durante meu trabalho de campo. Esse modo de realizar as orações estimula os residentes a construírem "relações diretas com Deus" – mesmo que, para alguns, ele signifique apenas um ato performático, desprovido de engajamento subjetivo.

Fica, assim, evidente a primazia da abordagem religiosa, e sua importância para o que se define como "mudança de vida" (ou transformação subjetiva-moral).

> Para mim, dependente químico é uma pessoa que não tem referência. Ela está perdida. Ela precisa ter um leme na sua vida. E o objetivo da CT 3 é fazer com que essas pessoas venham conhecer a Deus. Que essas pessoas venham se envolver com Deus, para que essas pessoas tenham uma vida melhor. Que elas se libertem das drogas. Eu fico pensando nas pessoas que passaram por aqui e tenho notado que [entre] aquelas que se envolveram com Deus o índice de recuperação é bem maior. Como eu falei, tanto faz a igreja. Mas ela tem uma fé e está professando, e está bem. Esse é o objetivo principal da CT 3, para mim. É a mudança de vida, conhecer a Deus.

Nesse sentido, grande parte do programa terapêutico da CT 3 gira em torno da ideia de "ensinar a palavra de Deus" e aprimorar a relação dos indivíduos com a espiritualidade-religiosidade. Busca-se, ali, provocar de alguma forma uma iluminação espiritual nos internos.

A CT 3 se apresenta como evangélica, mas sem denominação específica. O presidente e a coordenadora da comunidade, que são casados, pertencem à Igreja Batista. Os cultos, no interior da instituição, são ministrados pelos próprios monitores, que não possuem formação em teologia, nem são ordenados por qualquer congregação. Poucas vezes por mês, voluntários da Igreja Batista, da Assembleia de Deus e de outras denominações evangélicas ministram cultos para os acolhidos. Pude acompanhar um da Assembleia de Deus e outro da Igreja Tessalônica. Cabe registrar que em nenhuma dessas duas ocasiões os pastores fizeram propaganda de suas denominações, apenas pregaram a partir da bíblia ou de testemunhos.

Cabe registrar ainda que nessa CT há pouca ou nenhuma explicação aos internos sobre o sentido das diversas práticas de cunho religioso-espiritual propostas, assim como sobre os seus ritos. Em cada culto, é dado um tempo de dez minutos aos participantes, para que orem individualmente. Nesses dez minutos, eles se colocam de joelhos, de costas para o altar, mantendo o corpo inclinado sobre os bancos, a cabeça baixa e as mãos cruzadas abaixo dos queixos. Alguns chegavam a tocar as mãos nos bancos e, durante a oração, ficavam balançando o corpo. Ninguém soube me explicar o motivo de adotar aquela postura corporal, naquela situação. O que pude perceber é que o período de silêncio e introspecção não impedia que muitos dos presentes fizessem orações fervorosas, ainda que sem emissão de voz. A sensação provocada pelo conjunto desses "murmúrios fervorosos" era bastante intensa.

Segundo a coordenadora, é um costume que já estava presente antes que ela própria passasse a atuar ali. Quando entrou para a comunidade, ela preferiu não alterar tal prática, argumentando que esse costume seria um dogma da instituição, assim como o jejum matinal, imposto aos acolhidos todas às quintas-feiras.[19] Segundo relato da equipe dirigente, essa prática está relacionada ao trabalho espiritual realizado. Durante minha estadia, porém, não presenciei qualquer reflexão sobre a simbologia do ato, sobre seu papel dentro do processo de reabilitação ou qualquer troca de ideias sobre o assunto. Como me disse a coordenadora, era um "dogma".

Compreendo esses dogmas como recursos que organizam o trabalho disciplinar sobre os internos na CT 3. Mais do que compreenderem o sentido de certas práticas, por meios discursivos, parece necessário que eles as incorporem à sua

19. Nesses dias, a primeira refeição oferecida é o almoço. Não há café da manhã, ainda que as atividades de laborterapia sejam realizadas normalmente no período matinal. Os únicos que são liberados desse jejum são aqueles que ainda não cumpriram dez dias de acolhimento.

prática cotidiana, pois "há coisas que devem ser feitas simplesmente porque devem ser feitas". Nesse sentido, a função dos dogmas seria convocar os sujeitos a se entregarem às práticas institucionais, confiando que elas darão resultado, independentemente do conhecimento que tenham dos seus significados. Assim, a principal atitude demandada aos internos é sua entrega sem reservas aos cuidados da instituição, pois só assim colherão resultados. Aqui, a tônica do tratamento consiste na incorporação de valores cristãos, e o disciplinamento dos sujeitos – projeto central ao modelo de CT – se faz principalmente por meio da indução de comportamentos e de constrangimentos discretos, antes que por grandes discursos ou controles ostensivos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Traçado o percurso no qual busquei demonstrar a heterogeneidade, tanto do universo mais amplo das CTs brasileiras quanto entre exemplos empíricos específicos, apresento algumas considerações finais sobre esse contexto. Ressalta-se, novamente, que, apesar da heterogeneidade, é um universo que também apresenta algumas recorrências.

Assim, apesar das diferenças e idiossincrasias, o que é comum aos três lugares observados?

1) A exigência da abstinência.
2) O isolamento da vida social cotidiana advindo da moradia nas CTs durante todo ou parte do período de tratamento.
3) A convivência com os pares, ou seja, outros residentes em tratamento, pode ser positiva ou negativa, na medida em que, vistos como egocêntricos e individualistas, os usuários de SPAs são convocados a aprender (ou reaprender) a compartilhar espaços, tarefas, objetos; e a viver comunitariamente ou em sociedade.
4) O período relativamente longo que envolve o tratamento completo (nove meses ou mais).
5) A repetição de atividades cotidianas com horário definido, o que chamam de disciplina, e que está ligada à recorrente prática de laborterapia durante o tratamento.
6) A inserção dos discursos e práticas tanto espirituais-religiosos quanto técnico-científicos, aliando-se para a construção de um discurso de doença muitas vezes híbrido. Tudo isso convergindo para o objetivo principal dos tratamentos oferecidos nas CTs, que é a transformação subjetiva-moral dos indivíduos acolhidos.

Outro fator que pode ser considerado como recorrente, a partir dos três exemplos empíricos apresentados no texto, é a leitura que o uso de substâncias psicoativas tradicionalmente recebe no seio desse tipo de instituição: ele é visto como reflexo de uma falha ou fraqueza moral (Arenari e Dutra, 2016), que leva ao consumo de substâncias psicoativas, e consiste em um problema basicamente individual. Ou seja, recai sobre os próprios usuários a responsabilidade de se tratar e de se deixar transformar. Mesmo no caso da interpretação técnico-científica sobre o uso de substâncias psicoativas como problema, nota-se esse mesmo processo de essencialização ou individualização da condição. A dependência química é vista como uma doença, inclusive crônica e incurável em algumas interpretações biomédicas (Fiore, 2009). São esses dois discursos – religioso-espiritual e técnico-científico – que se aliam, de maneiras diversas, para respaldar a noção de *doença* e de *tratamento* nas CTs, que demandam a transformação moral-subjetiva dos indivíduos.

Assim, para finalizar, retomo o argumento sugerido na introdução deste capítulo, de que a *conversão* pode ser uma chave interessante de leitura para os processos de transformação que ocorrem nas CTs. Entretanto, julgo que é necessário pensar essa hipótese da transformação/conversão não no sentido estritamente religioso-espiritual, mas uma conversão a esses discursos e práticas híbridos que busquei explicitar no texto.

Esse é um argumento que se aproxima da leitura sobre os processos de *conversão* feita por Asad (1995). Ele chama a atenção para o fato de que, por vezes, essa palavra é utilizada indiscriminadamente como uma ferramenta analítica, sendo que deveria ser, na verdade, objeto de análise. O autor demonstra que é possível pensar na conversão à modernidade da mesma forma que na conversão religiosa. Discutindo a questão da conversão forçada ao cristianismo, no contexto da modernização do sul da África no século XIX, o autor apresenta reflexões interessantes sobre a questão da agência em relação aos processos de conversão. Ele diz que:

> [a] modernidade, assim como a religião do convertido, define novas escolhas; raramente é o resultado de uma "livre escolha" por completo. E como a religião do convertido, aniquila velhas possibilidades e coloca outras no seu lugar (Asad, 1995, p. 263, tradução nossa).

E completa:

> [Seria] melhor dizer que, ao se estudar a conversão, se está lidando com narrativas por meio das quais as pessoas apreendem e descrevem uma mudança radical na significação de suas vidas. Às vezes, essas narrativas empregam a noção de intervenção divina; outras vezes, a noção de teologia secular (Asad, 1995, p. 266).

Nesse sentido, podemos associar o tratamento oferecido nas CTs como um tipo de base para a conversão, aqui interpretada como um tipo de transformação moral-subjetiva – mas não necessariamente significando de forma exclusiva uma

conversão religiosa. Como vimos no decorrer do capítulo, há mais discursos e práticas atuando no interior de grande parte das instituições, como os de natureza técnico-científica. A leitura de Asad (1995) apresentada anteriormente é útil no sentido de que, a partir dela, podemos falar de conversão sem necessariamente ficarmos presos às narrativas e práticas estritamente espirituais-religiosas. Dessa forma, temos esses "dois mundos" contribuindo para provocar as transformações morais-subjetivas almejadas nos indivíduos, com configurações bem particulares em cada instituição, como apontaram os dados apresentados.

Assim, podemos pensar não só na conversão ao modelo de doença religioso-espiritual que vê o uso de drogas como um pecado, uma falha moral, mas também na conversão ao discurso técnico-científico, que vê no uso problemático ou dependente de drogas como uma doença (por vezes, incurável), sendo que ambas apostam na abstinência como o foco do tratamento e na cronicidade como uma característica da doença. Ao mesmo tempo, se pensamos nos casos em que não ocorrem a almejada transformação em um sentido de cura, pode-se dizer que pode haver uma transformação para um estado de doença que não cessa, ou que é intermitente e acompanha os indivíduos em suas vidas, e que demandará cuidado permanente.

Se aqueles que interpretam as CTs como espaços estritamente religiosos veem nessa suposta característica um problema, dada a inserção (ou relação) dessas instituições na rede pública de saúde e assistência social, talvez um problema maior repouse justamente nessa hibridização dos discursos e práticas. Pecado e doença incurável passam a andar muito próximos nessas configurações, tornando, muitas vezes, a trajetória de alguns indivíduos como uma sucessão inescapável de eventos, materializada nas entradas e saídas sucessivas de CTs ou outras instâncias de cuidado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. L. V. de. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação**: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN). 2014. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARENARI, B.; DUTRA, R. A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático de crack. *In*: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: MJ, 2016.

ASAD, T. Comments on conversion. *In*: VAN DER VEER, P. (Ed.). **Conversions to modernities**: the globalization of Christianity. Abingdon: Routledge, 1995.

BECKER, H. **Outsiders**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 43, 21 maio 2010. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/OTfGDF>. Acesso em: 7 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 62, 1º jul. 2011. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/9U1JD1>. Acesso em: 7 dez. 2017.

FIORE, M. **Uso de drogas**: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado de Letras, 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GOMES, B. R. **O sentido do uso ritual da ayahuasca em trabalho voltado ao tratamento e recuperação da população em situação de rua em São Paulo**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GOULART, S. **Contrastes e continuidades em uma tradição Amazônica**: as religiões da ayahuasca. 2004. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017. (Nota Técnica, n. 21).

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.

LABATE, B.; ARAÚJO, W. S. **O uso ritual de ayahuasca**. Campinas: Mercado das Letras, 2004.

LABATE, B.; GOULART, S. **O uso ritual das plantas de poder**. Campinas: Mercado das Letras, 2005.

LABATE, B.; MACRAE, E. **Ayahuasca ritual and religion in Brazil**. London: Equinox, 2010.

LIMA, J. C. R. **Passageiros da fantasia**. Recife: Massangana, 1990.

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

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus**: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MERCANTE, M. S. A ayahuasca e o tratamento da dependência. **Mana**, v. 19, n. 3, 2013a.

_____. Dependência, recuperação e o tratamento através da ayahuasca: definições e indefinições. **Saúde e Transformação Social**, v. 4, n. 2, p. 126-138, 2013b.

_____. Imaginação, linguagem, espíritos e agência: ayahuasca e o tratamento da dependência química. **Revista de Antropologia**, v. 60, p. 2, 2017.

NUNES, M. C. **Firmes nos propósitos**: etnografia da internação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas. 2016. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Editora USP, 1997.

RUI, T. A inconstância do tratamento: no interior de uma comunidade terapêutica. **Dilemas**, v. 3, n. 8, 2010.

VALDERRUTÉN, M. C. C. Entre ´teoterapias´ y ´laicoterapias´. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. **Psicologia e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 80-90, 2008.

WEBER, M. **Coleção Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

CSORDAS, T. **Corpo/Significado/Cura**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.

CSORDAS, T.; KLEINMAN, A. The therapeutic process. *In*: SARGENT, C.; JOHNSON, T. **Medical anthropology**: contemporary theory and method. London: Praeger, 1996.

RABELO, M. C. M. Religião e a transformação da experiência: notas sobre o estudo das práticas terapêuticas nos espaços religiosos. **Ilha – Revista de Antropologia**, v. 7, n. 1, 2, 2005.

SANCHEZ, Z. van der M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas**: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Z. van der M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2007.

_____. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 265-272, 2008.