COM A FÉ, NÃO TEM VÍCIO: reflexões sobre as Comunidades Terapêuticas e a pastorização do cuidado

Aline Cristina da Paixão Costa[1]

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo aprofundar o debate acerca das Comunidades Terapêuticas Religiosas dentro do atual cenário de desmonte da política de atenção a usuários que fazem uso álcool e outras substâncias psicoativas. Para tanto, o artigo se pautou em diferentes pesquisas bibliográfica a respeito dessas instituições, que hoje são denominadas pelo governo como instituições destinadas no tratamento de álcool e outras "drogas". Porém, nos últimos anos seu financiamento passou a ser investido pelo poder público ganhando espaço dentro da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, contrariando os princípios da reabilitação psicossocial e a liberdade de crença dos seus residentes. Desse modo, assistimos a "pastorização" do cuidado destinado a questão das "drogas", revelando o tipo de modelo moral disponível dentro das Comunidades Terapêuticas Religiosas.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; pastorização do cuidado; violação da laicidade.

ABSTRACT

This article aims to deepen the debate on Religious Therapeutic Communities within the current scenario of dismantling the care policy for users who use alcohol and other psychoactive substances. For this purpose, the article was based on different bibliographical researches about these institutions, which today are called by the government as institutions destined to the treatment of alcohol and other "drugs". However, in recent years its funding has been invested by the government, gaining space within the Psychosocial Care Network – RAPS, contrary to the principles of psychosocial rehabilitation and the freedom of belief of its residents. In this way, we witness the "pastoration" of care for the drug issue, revealing the type of moral model available within the Religious Therapeutic Communities.

Keywords: Therapeutic Communities; pastoralization of care; violation of secularism.

1 INTRODUÇÃO

[1] Assistente Social e Residente pelo Programa de Residência Uniprofissional em Saúde e Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Email: aline.seso89@gmail.com

Nas últimas décadas, a questão referente ao uso de substâncias psicoativas vem ocupando lugar significativo na mídia, nas políticas de Estado, nos planos de governo, no cotidiano dos trabalhadores e nos serviços de saúde mental (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 95). Na ontologia da vida cotidiana, essa questão tem sido alimentada quase exclusivamente pela exploração sensacionalista da mídia patronal sobre o consumo de determinados psicoativos, especialmente o crack (BRITES, 2017, p.121).

Apesar de não ser um campo novo dentro das políticas públicas, a questão das drogas sempre foram destaque na Política de Segurança Pública no Brasil, porém ao longo dos últimos anos, esse campo passa a ganhar destaque logo após a aprovação da Lei nº.11.343/2006[2], que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD e "prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários(as) e dependentes de crack, álcool e outras drogas" (BRASIL,2006), ganhando destaque no campo da saúde pública e na criação de políticas públicas voltadas para atenção aos usuários que fazem prejudicial álcool e outras substâncias.

Para Capuco et al (2020), apesar de sua introdução tardia, é somente a partir da implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, em 2010, que se evidencia mudanças drásticas na rede de atenção à saúde mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Desse modo, é a partir desse marco que passa a financiar as Comunidades Terapêuticas como serviços de atenção residencial de caráter transitório.

Apesar das CTs não serem instituições de caráter público. Desde do Golpe civil-midiático-jurídico de 2016, que essas instituições passam a ser inseridas dentro da Rede Atenção Psicossocial – RAPS, através da Nova Portaria nº 3.588/2017, ofertando atenção para pessoas que fazem uso prejudicial a álcool e outras substâncias psicoativas dentro das CTs. Para Araújo e Duarte (2020), "essa nova

[2] Apesar de seu caráter controverso, tal política avança no sentido de diferenciar "o usuário de substâncias psicoativas do traficante". Contudo, apesar de seus avanços, a lei não rompe com o seu caráter proibicionista e racista. Portanto, tal política se distancia das normativas que abarcam a política de atenção à saúde mental e álcool e outras drogas a partir de uma perspectiva de redução de danos.

portaria passa a reinserir novamente os antigos serviços manicomiais de saúde mental com ênfase nas práticas hospitalocêntricas sob víeis religioso". Assim,

> No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que veio a chamar de "Nova Política Nacional de Saúde Mental" – essa 'nova política' se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada "política nacional sobre drogas", tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (CRUZ, et al., 2020 apud Brasil, 2019f)

Nessa mesma direção, há uma alteração na política de atenção às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas redirecionando para uma a lógica da abstinência a partir do tratamento em instituições asilares, como é o caso das Comunidades Terapêuticas - CTs (que são majoritariamente geridas por instituições de caráter religioso). Desse modo, orientação sob atenção aos usuários que fazem uso de substâncias psicoativas deixa de ser voltada para redução de danos com o foco direcionado a uma política proibicionista de cunho moralizante, a partir de uma perspectiva de abstinência. Tal modelo "renovado", segundo os autores,

> traz muitos elementos da psiquiatria tradicional, que vem tomando espaço na medida em que se produz uma combinação de dispositivos, harmonizando manicômios e CT, sendo que estas últimas surgem como elemento novo na cena pública da saúde mental, embora sua presença no Brasil não seja recente no país (CAPUCO et al.,2020, p.160).

É dentro dessa atual conjuntura de retrocessos no campo da saúde mental, que o presente artigo tem por objetivo aprofundar o debate acerca das Comunidades Terapêuticas Religiosas dentro do atual cenário de desmontes dentro da política de saúde mental voltada para atenção a usuários que fazem uso álcool e outras substâncias psicoativas. Sob esse viés assistimos a pastorização do cuidado e deslacidade da política de a saúde mental articulado sob uma perspectiva religiosa e moralizante

2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS E A "PASTORIZAÇÃO" DO CUIDADO

Segundo De Leon (2003), a ideia de Comunidade Terapêutica é verificada ao longo da história sob diferentes formatos e práticas. Em sua forma contemporânea,

podemos dizer que essas instituições surgiram a partir de duas grandes variantes ao longo de sua história: uma no campo da psiquiatria social, que consiste Comunidade terapêutica [3]em unidades destinadas ao tratamento psicológico e na guarda de pacientes psiquiátricos dentro ou fora de ambientes hospitalares; e a outra tem relação aos programas de tratamento residencial para dependentes de álcool e outras "drogas" (BOARINI; RAMOS, 2014, p. 1234:1235).

Para Dórea (2011), "o primeiro registro histórico acerca da existência de Comunidades Terapêuticas com enfoque religioso para o atendimento dos vários tipos de dependência química ou psicológica, ocorre em 1860, com a criação da organização religiosa chamada Oxford na Inglaterra". Desse modo, a organização buscava através da recuperação os ideais espirituais por meio de leituras bíblicas e reuniões semanais ser comprometendo com resgate moral e cristão dos seus participantes.

Ao se tratar da experiência das Comunidades Terapêuticas nos países da América, a primeira experiência ocorre nos Estados Unidos com a constituição dos Alcoólicos Anônimos – AA, no estado de Ohio, centro oeste dos EUA. Para Viana (2011), "essa primeira tentativa inaugurou as primeiras experiências CTs religiosas norte americana, tendo como principal expressão o Desafio Jovem em 1950, fundada pelo pastor protestante norte americano, David Wilkerson, autor do *best seller* A Cruz e Punhal".

No caso do Brasil, as primeiras práticas de CTs se iniciaram na década de 1970 e 1980 com a experiência do Desafio Jovem, trazida pelo pastor Bernardo Johnson, grande amigo do pastor norte americano David Wilkerson fundador do Desafio Jovem nos Estados Unidos, porém, por razão adversas essa experiência foi desativada, passando a retornar anos mais tarde na década de 1990.

[3] A denominação "comunidade terapêutica" foi originalmente cunhada por Maxwell Jones, psiquiatra sul-africano para designar um novo modelo de atenção à saúde mental implementado nos anos 1950, na Inglaterra, junto aos ex-soldados traumatizados pela Segunda Grande Guerra. Contudo, as CTs da segunda metade do século XX guardam poucas semelhanças com esse modelo. Assim, a CT de Jones pretendia ser uma alternativa aos hospitais psiquiátricos tradicionais (SANTOS, et al, 2018, p.11:12).

No entanto, é partir de 1995, com a rearticulação do movimento nacional liderada pelo pastor Galdino Moreira Filho que se inaugura a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB) e a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), tornando expressões de luta contra as "drogas" a partir de um viés proibicionista religioso. Não podemos deixar de mencionar, que nessa conjuntura há uma ascensão de igrejas neopentecostais no Brasil, principalmente nas capitais metropolitanas, que passam a ser as principais instituições a defender o uso da religião como forma de tratamento para dependência química e a retomada dos valores tradicionais como a família, a propriedade e a religião como centro das decisões de poder na esfera pública.

A inserção da comunidade terapêutica na rede de cuidados está diretamente, ligada à política de segurança já que é através de um edital da Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculado ao Ministério da Justiça, passam a ser conveniadas e financiadas, principalmente logo após o lançamento do Programa Crack é Possível Vencer em 2011. Assim, segundo a Secretaria Nacional Antidrogas, define as CTs como,

> ambientes estruturados no qual indivíduos com transtornos por uso de substâncias psicoativas residem para alcançar a reabilitação. Tais comunidades são em geral especificamente destinadas a pessoas dependentes de drogas; elas operam sob normas estritas, são dirigidas principalmente por pessoas que se recuperaram de uma dependência, e são em geral isoladas geograficamente – [...] elas têm uma linha muito similar a dos grupos de ajuda mútua tais como Narcóticos Anônimos (SENAD, 2010, p.42),

Contudo, antes mesmo do seu conveniamento, foi publicado em 2010, um Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, que conveniou formalmente as Comunidades Terapêuticas no âmbito do SUS através do Decreto nº 7.179 – intitulado de "Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas" – que teve como principal e primeira ação imediata a ampliação de leitos para tratamento de usuários de crack. Após esta publicação, foi lançado o Edital 001/2010 do Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, o SENAD e Ministério da Saúde para a contratação de leitos em comunidades terapêuticas (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p.97). Entretanto, foi somente no dia 06 de maio de 2015, através da a Resolução nº. 01/2015 do CONAD, que as CTs passam a ser instituídas e regulamentadas dentro do campo da saúde mental (BRASIL, 2015).

Foi por meio de sua expansão e institucionalização ao longo dos últimos anos, que ocupa hoje as várias CTs no Brasil, apontando para um número expressivo de instituições registradas em funcionamento segundo o Mapa Virtual das Comunidades Terapêuticas [4] lançado em 2019 pelo Ministério da Cidadania junto ao governo federal.

Nesse sentido, conforme os dados do Perfil das Comunidades Terapêuticas elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2017), verificou-se que 41% de todas as vagas estão em CTs de orientação pentecostal[5], que por sua vez, totalizam 40% do universo dessas instituições. Já as CTs católicas ofertam 26% das vagas totais representando 27%, já em relação as CTs que se declaram sem orientação religiosa específica, totalizando 19% de todas as vagas e representam 18% das unidades existentes no território nacional. Portanto, conforme os dados levantados pelo IPEA verificou-se que a grande maioria das CTs são vinculadas as igrejas neopentecostais e católicas sob orientação cristã.

Em relação aos dados quantitativos apresentados por Loeck (2018), mostram que maioria das CTs não possuem em sua composição equipes de trabalho compostas por profissionais de saúde com formação universitária e técnica e, sim sacerdotes e missionários religiosos, revelando o tipo serviço disponível na maioria dessas instituições. No geral o proprietário que coordena essas instituições é na sua maioria um líder religioso de orientação cristã, impondo as regras a serem cumpridas e o modelo de tratamento a ser seguido. Desse modo, segundo o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas do Conselho Federal de Psicologia (2018) levanta que “instituições desprovidas de uma equipe multidisciplinar em saúde que não assegurem os direitos enumerados na lei n.10.216/2001, são consideradas instituições asilares[6], sendo vedado a internação de pessoas nesses locais”.

---

[4] BRASIL, Ministério da Cidadania. Mapa Virtual de Comunidades Terapêuticas. Disponível em: http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/julho/ministerio-lanca-mapa-virtual-de-comunidades-terapeuticas-no-brasil.

[5] Segundo o site notícias Agência Pública em 2020, mais de 60% das CTs contratadas pelo Ministério da Cidadania em 2019, têm ligações diretas com grupos religiosos cristões sendo presididas por sacerdotes, como padres, missionários e pastores. Já em relação ao orçamento, quase 70% dos recursos enviados pelo Ministério da Cidadania são destinadas as Comunidades Terapêuticas de orientação cristã. Matéria disponível em: https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/.

[6] Segundo o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017, p.56), instituições de caráter asilar é definido por duas vias: a primeira pela ausência de recursos para oferecer assistência

Para Brandão e Carvalho (2016), “o entendimento a respeito da dependência de substâncias psicoativas para as CTs religiosas estaria diretamente ligado a um problema de alma que afeta diretamente a mente e não corpo em si”. Assim, para se alcançar a cura da dependência química é necessário um resgate moral e os bons costumes cristãos, que passa a ser aplicado através de pregações religiosas obrigatórias, leituras bíblicas e trabalhos forçados, evidenciando a violação da liberdade religiosa dos seus internos. Portanto, “troca-se a medicalização pela pregação e o aparato médico pela intervenção através da fé” (BRANDÃO; CARVALHO, 2016, p.76). Desse modo:

> “no interior da CT, droga é concebida mais como um problema da ‘mente’ do que do ‘corpo’, por isso recorrem, sobretudo, às mudanças nos comportamentos e nas atitudes como terapêuticas mais eficazes para a abstinência das substâncias” (IBDEM, 2016, p.73 apud RUI, 2014, p. 97).

Para além dessa metodologia, as CTs utilizam a punição como forma de provocar mudanças no comportamento negativo dos seus residentes. Em casos de descumprimento da disciplina, são impostas diversas medidas coercitivas que conforme apresenta o Relatório de Inspeção das Comunidades Terapêuticas pelo Conselho Federal de Psicologia (2018) que tem pressuposto, a utilização do trabalho forçado e escravo, leituras obrigatórias da Bíblia, agressões físicas e psicológicas, isolamento por longos períodos em solitárias, privação de sono, entre outros. Dessa forma,

> As práticas das comunidades terapêuticas implicam violações de direitos quando demandam, das pessoas privadas de liberdade, a inserção em atividades de determinadas linhas religiosas ou, com ainda mais gravidade, quando vinculam a ideia de cura à aceitação de uma ou outra crença religiosa (CFP, 2018, p.79:80).

integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros; e o segundo a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, enumerados, na própria lei Instituições de caráter asilar é definido por duas vias: a primeira pela ausência de recursos para oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros; e o segundo a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, enumerados, na própria lei n.10.216, como acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, pelos meios menos invasivos e preferencialmente em serviços comunitários, com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando recuperação pela inserção na família, trabalho e comunidade, protegido de abuso e exploração, com direito à presença médica, acesso a meios de comunicação, entre outros.

Ribeiro e Minayo (2015), apontam que as CTs se compõem de um sistema estruturado, com limites, regras, horários e responsabilidades claras, e, geralmente, se encontram em locais afastados dos grandes centros urbanos, tornando como obrigação a disciplina e normas estritas, como: afastamento da comunidade, trabalho em grupo, laborterapia[7], abstinência de drogas e sexo, realização de cultos religiosos obrigatórios e aplicação de penalidades aos desvios das regras.

> Uma das regras utilizadas pela CTs religiosas, é a proibição de relações sexuais entre os residentes dentro das instituições sendo uma das práticas utilizadas para disciplinar e coibir práticas desviantes que possa interferir o tratamento. Desse modo, a abstinência sexual, também é utilizada dentro das Comunidades Terapêuticas como exercício disciplinar sobre o corpo e o espírito (VILLAR; SANTOS, 2018, p.112).

Além disso, estudos levantados pelo Perfil das Comunidades Terapêuticas (2017), apontaram que são poucas as instituições que respeitam a orientação sexual e identidade de gênero dos(as) seus residentes, defendendo que os/as mesmos(as) durante a internação passem a utilizar "trajes próprios" a partir do seu "sexo biológico" negando o uso do nome social dos/as internos(as) e o direito sobre seus corpos em relação a sua identidade e orientação sexual. Assim, a identidade de gênero e orientação sexual que fogem do padrão da heteronormatividade passam a ser demonizada, tutelada e convertida pela fé cristã dentro desses espaços. Esse exemplo foi levantado pelo Conselho Federal de Psicologia, onde um dos entrevistados relata que:

> Não há impedimento, dizem que aceitam travestis, lésbicas e gays. Contudo, [entendem que a identidade sexual] com o tempo, **naturalmente muda**. [...] "Aqui dentro não pode fazer sexo, nem mesmo os casais, casados. **Não pode ficar vestido de mulher. Tem que vestir roupa comportada, não vestir roupa "curta**." (CFP, 2018, p.125 apud RN 02 – Dorcas – São José de Mipibu, grifos nossos).

[7] Essas propostas chegaram ao Brasil com a instalação de colônias e hospitais psiquiátricos no final do século XIX. O principal objetivo da laborterapia era propiciar o retorno da racionalidade dos ditos "alienados" através do trabalho. Já no discurso das Comunidades Terapêuticas, o trabalho retorna como um instrumento disciplinador e punitivo. É importante destacar que esse tipo de trabalho não é remunerado e formalizado, chegando a ser caracterizar como trabalho em condições análogo a escravidão. Desse modo, o uso da laborterapia contribui para "a viabilidade econômica e, possivelmente, para a lucratividade das comunidades terapêuticas, na medida em que isenta as instituições da contratação regular de mão de obra para realização das tarefas voltadas à sua manutenção" (CFP,2018, p.86).

Dentre esses valores, pauta-se na criminalização das substâncias psicoativas, no sexismo, na "ideologia de gênero"[8], entre outros que ferem diretamente os direitos humanos e a laicidade do Estado aliada a uma proposta de moralização valorização dos valores tradicionais em defesa da família cis heteronormativa patriarcal.

Tal apontamento demostra a tensão entre a disciplina e a humilhação sob a lógica de poder que Foucault denominou como "**poder pastoral**" – , pois a figura do pastor, além de ter o poder de determinar o que é necessário para se obter a salvação, tem posição privilegiada para vigiar "ou pelo menos de exercer sobre as pessoas uma vigilância e um controle contínuo de poder" – sendo assim, "o pastor deve vigiar para saber o que suas ovelhas estão fazendo, essa vigilância apresenta características do poder disciplinar"(FOUCAULT, 2006, p. 68 apud BRANDÃO; CARVALHO, 2016, p.77). Desse modo, a produção de corpos dóceis,

> (...) é possível somente a partir da ação pastoral e seu poder, pois a obediência ao pastor é a representação da própria reverência ao Deus Soberano. A disciplina se torna fórmula geral de dominação, no qual os corpos são submissos (inscrevendo as leis nos corpos). Nesse sentido, o "poder pastoral" potencializa a obrigação da disciplina, que produz "corpos dóceis", ou seja, corpos úteis no propósito de um melhor convívio social, um corpo pacífico ou pacificado (BRANDÃO; CARVALHO, 2016, p,77 apud FOUCAUT, 2009).

Nesse sentido, a teoria foucaultiana do poder pastoral ser aproxima da metodologia utilizada nas CTs religiosas, com o objetivo de disciplinar esses corpos para ser criar um novo homem livre de toda ação pecaminosa que a dependência química provocou em sua alma. Então caberá o pastor o encargo de administrar diferentes atividades para o seu "rebanho" como, por exemplo, prover as suas necessidades indicando um caminho a ser seguido com objetivo de salvação das suas "ovelhas". Assim,

> A preocupação do pastor é afastar a possível desgraça que pode vir a afetar o rebanho, já que "o pastor é aquele que faz a lei, na medida em que é ele que distribui o alimento, que dirige o rebanho, que indica a direção correta,

[8] O discurso da ideologia de gênero vem se reproduzido entre os setores conservadores, especialmente entre cristãos das igrejas católicas e protestantes, e parlamentares das bancadas do Boi, Bala e Bíblia, que durante (e após) o processo de aprovação do Plano Nacional de Educação (2014) e da Base Nacional Comum Curricular (2017) se posicionaram contra o estudo e discussão de questões relacionadas a gênero e sexualidade nas escolas públicas brasileiras (SILVA, 2019, p. 279). Dessa forma, a população LGBTQIA+ são vistas como inimigas dos valores tradicionais e para a família.

> que diz como as ovelhas devem cruzar para obter uma boa progenitura" (SIQUEIRA; LINO, 2015, p.132 apud FOUCAULT, 2008, p.183).

Sob esse ponto de vista, as práticas utilizadas dentro da CTs religiosas, ocasionam diversas violações de direitos, que vão desde da privação da liberdade a inserção de atividades religiosas obrigatórias, induzindo os/as residentes a aceitação de uma outra crença religiosa que não é sua sendo obrigado maioria das vezes a frequentar os cultos religiosos. Nesse sentido, a base religiosa utilizada dentro das CTs, ferem o caráter laico dos tratamentos em saúde, de forma a colocar em questão a possibilidade de instituições com tal perfil serem consideradas, por setores do poder público, como locais passíveis de serem incorporados às redes de cuidado e atenção para usuários de álcool e outras drogas (CFP, 2018, p.81).

3 CONCLUSÃO

Ao analisarmos o contexto histórico de implementação das Comunidades Terapêuticas ao longo da história foi possível notar diferentes formatos e práticas ao longo de sua implementação. Diferente da vertente proposta implementada pelo psiquiátrica Maxwell Jones na década de 1950, as CTs religiosas surgem a partir de movimento de organização que buscavam através da recuperação os ensinamentos cristã e dos bons costumes.

No Brasil, o primeiro registro histórico das CTs religiosas no país surge entre as décadas de 1970 e 1980 a partir da influência do Desafio Jovem norte americano protestante. No entanto, é somente na conjuntura da década de 1990, com a expansão de igrejas neopentencotais, que essas instituições passam a ganhar força no tratamento para dependência química.

Apesar de não serem instituições novas, as CTs passam a ganhar força a partir da conjuntura de 2010 através do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, porém sua regulamentação ocorre somente na conjuntura pós 2016, através das mudanças na Rede de Atenção Psicossocial, incluindo-as como novos componentes da RAPS.

Tendo viés distante dos pressupostos punhados pela Reforma Psiquiátrica, as CTs religiosas oferecem serviços a partir do tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, tendo como forma de entendimento a dependência química como problema ligado

diretamente a alma, ignorando o saber científico por meio da fé reforçando valores através da abstinência e do proibicionismo.

Diversos estudos realizados pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, levantaram violações de direitos dentro das CTs entre elas, a privação de liberdade, o desrespeito com a crença individual de cada residente, trabalho em situação análoga à escravidão, leituras obrigatórias de livros sagrados, castigos físicos e morais, desrespeito com orientação sexual e a identidade de gênero dos(as) residentes, entre outros.

Desse modo, podemos afirmar que as CTs se aproximam com o biopoder dos antigos manicômios, onde grande número de indivíduos com situações semelhantes passa a ser isolados da sociedade por período de tempo, sendo vigiados e modelados em espaços fechados. Esse biopoder é exercido na figura do pastor, que tem como poder uma posição privilegiada de vigiar e manter o controle de suas ovelhas (residentes) para não abrir espaço para que seus residentes voltem a fazer uso de substâncias psicoativas. Para Brites (2017), “tal mudança fere o caráter laico do Estado brasileiro e os princípios e diretrizes da atual legislação de Saúde Mental, que prevê o funcionamento de dispositivos de atenção integral a saúde de caráter laico”.

Desse modo, questionamento que se faz ao uso da religião nas comunidades terapêuticas, portanto, não é relativo a crenças individuais, mas ao embasamento do tratamento em práticas e preceitos religiosos, na medida em que pode engendrar violações do direito de pessoas que não compartilham da mesma crença que a instituição prega. Além disso, o dado tratamento para pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas não devem ser geridas sobre bases religiosas, mas sim laicas, respeitando as singularidades individuais de cada um.

Portanto, as CTs ao invés de promover uma ação voltada para reinserção e reabilitação dos usuários que fazem uso decorrentes de substâncias psicoativas, estimula o retorno de práticas autoritárias asilares a partir de uma perspectiva higienista de controle dos corpos ditos “indesejáveis”. Assim, essas instituições, reeditam o antigo modelo hospitalocêntrico, “agora sob a justificativa da dependência

química como a doença que deve ser tratada através do isolamento e da religião" (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, B.; CARVALHO, J. **Aqui não é uma comunidade terapêutica: entre diversidade e normatividade em tratamentos com usuários abusivos de drogas.** Revista Teias, Rio de Janeiro, v.17, n.45, 2016.

_____. **Lei nº.11.343/2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad**.** Brasília, DF. 2006. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm> Acesso em: 02 de agosto de 2021.

_____. Ministério da Justiça. **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015**. Brasília, DF. 2015. Disponível em: < https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad/conteudo/res-n-1-19-8-2015.pdf/view> Acesso em: 02 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 02 de agosto de 2021

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011a. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2011. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 02 de agosto de 2021.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário de álcool e drogas.** 2ª Edição, Brasília, DF. 2010. Disponível em: < https://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/glossario.pdf> Acesso em: 02 de agosto de 2021.

BRITES, Cristina**. Psicoativos (drogas) e Serviço Social:** uma crítica ao proibicionismo. São Paulo: Editora Cortez, 2017.

BOARANI, M.L; RAMOS, R.C.M.B. **Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas. Revista** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. v.22, n.4, p.1231-1248, out.-dez. 2015.

CAPUTO, et al., **A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão.** Revista Argumentum, Vitória – ES, v. 12, n. 2, p. 91-106. 2020.

CORREIA, Mariana. **Entidades cristãs receberam quase 70% da verba federal para comunidades terapêuticas no primeiro ano de governo Bolsonaro.** Agenda Brasil, 27, jul. de 2020. Disponível em: < https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/> Acesso em: 10 de julho de 2021.

CPF, Conselho Federal de Psicologia. **Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas.** Brasília, DF. 2018. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/07/relatorio-inspecao-comunidades-terapeuticas-2017-web.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2021

Cruz, NFO; Gonçalves, RW; Delgado, PGG. **Retrocesso da reforma psiquiátrica:** o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**.** Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020.

DÓREA, Adalgisa Viana. **Práticas terapêuticas religiosas no tratamento da drogadicção: estudo de caso na comunidade Desafio Jovem de Sergipe**. Dissertação de Mestrado em Ciência Sociais pelo Programa de Pós Graduação em Sociologia. Universidade Federal de Sergipe, Alagoas – PE. 2011.

FOSSI, L. B; GUARESCHI, N. M. de F. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação**. Revista Estudos de Pesquisa em Psicologia. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

LOECK, Jardel Fischer. **Comunidades Terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico**. In: SANTOS, M.P.G et al., (org). Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão. IPEA, Rio de Janeiro. 2018.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica: **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília: DIEST - Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. 2017. Acesso em:

SANTOS, M.P.G. Introdução. In: SANTOS, M.P.G (Org.). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34533&Itemid=444> Acesso em: 10 de julho de 2021

RIBEIRO, F.M.L; MINAYO, M.C.S. **As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil**.

Artigo da Revista: Interface, Comunicação, Saúde e Educação. Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho – UNESP. São Paulo: 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0515.pdf> Acesso em: 10 de julho de 2021.

SIQUEIRA, K.O; LINO, M.V. **Relações de poder na política pública de assistência social: pensando o poder pastoral no cotidiano profissional de assistentes sociais e psicólogos**. Revista LABOR, nº 13, v.1, 2015.

SILVA, E.L.S. **A ideologia de Gênero no Brasil: conflitos, tensões e confusões terminológicas**. Revista Periódicus, n.10, v.1, nov.2018 – abrl 2019.

VILLAR, N.L; SANTOS, M.P.G. **Sexualidade e relações de gênero nas Comunidades Terapêuticas: notas a partir de dados empíricos.** In: SANTOS, M.P.G et al., (org). Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão. IPEA, Rio de Janeiro. 2018