

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Vanessa Aparecida da Silva

**A LEGITIMIDADE DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS CATÓLICAS PARA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO ESPAÇO PÚBLICO BRASILEIRO: o caso da
Fazenda Esperança**

Juiz de Fora

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Vanessa Aparecida da Silva

**A LEGITIMIDADE DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS CATÓLICAS PARA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO ESPAÇO PÚBLICO BRASILEIRO: o caso da Fazenda
Esperança**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Professor Doutor Marcelo Ayres Camurça Lima.

Juiz de Fora

2016

Vanessa Aparecida da Silva

**A LEGITIMIDADE DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS CATÓLICAS PARA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO ESPAÇO PÚBLICO BRASILEIRO: o caso da Fazenda
Esperança**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em ____ de _____ de 20____

BANCA EXAMINADORA

DR. MARCELO AYRES CAMURÇA LIMA - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

DRA. CRISTINA DIAS DA SILVA
Universidade Federal de Juiz de Fora

DRA. LEILAH LANDIM ASSUMPÇÃO
Universidade Federal do Rio de Janeiro

*Aos meus pais, Renê e Luzia, em cada linha
todo o esforço de vocês. À Helena, por quem
vou sempre seguir em frente.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por tudo.

Às minhas amigas Paula Atreides, Paula Boarin, Nathália e Ana. Nem saído do primeiro ano eu teria sem vocês.

Aos irmãos da vida Mariana, Ferenzini, Emmanuel, Tiago, Édney e Tatiane.

Ao meu companheiro Lucas, por atravessar tudo isso comigo. Razão do meu brio em provar a relevância das Ciências Humanas, da minha calma nos momentos de desespero. Tradutor, motorista, babá e tantas outras coisas necessárias.

Ao meu orientador, Marcelo Camurça, pelas contribuições valiosas e pela paciência quando a vida se interpôs ao exercício acadêmico.

Aos professores Emerson Silveira e Cristina Dias pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos colegas, professores e técnicos do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora por viabilizar processo tão intenso de aprendizado.

Aos membros da Fazenda da Esperança (internos, voluntários e integrantes da Família da Esperança) pelo carinho, disponibilidade e presteza durante a pesquisa. Agradeço especialmente à Dona Iraci, sempre tão disponível mesmo em meio à rotina intensa de dedicação à Fazenda.

À Universidade Federal de Juiz de Fora por fomentar esta pesquisa.

“E depois que o Senhor me deu irmãos, ninguém me mostrou o que eu deveria fazer, mas o Altíssimo mesmo me revelou que eu devia viver segundo a forma do santo Evangelho.”

(São Francisco de Assis)

RESUMO

As Comunidades Terapêuticas (CT's) são instituições com metodologia baseada na convivência em comunidade e em atividades espirituais e laborais. No Brasil, foram difundidas por religiões cristãs, se popularizando pela oferta de tratamento da dependência química. As controvérsias em torno das CT's acirraram após sua incorporação na Rede de Atenção à Saúde, em 2010. Esta medida do Governo Federal foi alvo de críticas feitas por especialistas em drogas, que questionam a laicidade e a eficácia dessas instituições. Será em torno da legitimidade ou não, da presença religiosa enquanto implementadora de políticas sociais e públicas, a questão desta dissertação. Os dados coletados em pesquisa bibliográfica e documental foram complementados por breve etnografia da Fazenda da Esperança. Na análise, utilizamos como referencial teórico os trabalhos de Goffman (1992), de Turner (1974; 2005) e Csordas (1997; 2002). A pesquisa será apresentada em três capítulos: o primeiro capítulo constrói historicamente a relação entre a Igreja Católica e assistência social, considerando seu posicionamento católico sobre as drogas. O segundo capítulo dissertará sobre o papel que as CT's possuem dentro da rede pública de assistência aos dependentes químicos. O terceiro capítulo apresentará a Fazenda da Esperança, trazendo os aspectos metodológicos para o desenvolvimento dos objetivos dessa pesquisa. Na conclusão, serão apresentadas perspectivas sobre a influência da Igreja sobre as políticas públicas sobre drogas e sobre como a instituição se pensa dentro da sociedade.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica; políticas públicas sobre drogas; Igreja Católica.

ABSTRACT

The Therapeutic Communities (TC's) are institutions with methodology based on community acquaintanceship and spiritual and professional activities. In Brazil, it was spread by Christian church, popularizing by the offering of chemical psychoactive substances dependency treatment. The controversies around the TC's enhance after it is incorporation into the Health Care Network, in 2010. This Federal Government resolution was critical object done by drug's experts, who question the secularity and effectiveness of these institutions. It is going to be around the legitimacy or not, of religious presence as social and public policy implementer, the subject of this thesis. The collected data in bibliography and documentary research were supplemented by a brief ethnography of Fazenda da Esperança. In the analysis, were used as theoretical reference the papers of Goffman (1992), of Turner (1994; 2005) and Csordas (1997;2002). The research will be presented on three chapters: the first chapter historically set up the relation between Roman Catholic Church and social assistance, regarding the positioning catholic on drugs. The second chapter descant over the role that TC's hold inside the public assistance network to psychoactive substances dependent. The third chapter will introduce the Fazenda da Esperança, bringing the methodological aspects to the development of the objectives of this research. On the conclusion, it is going to be presented perspectives concerning the Roman Catholic Church influence on drug's public policy and how the institution think itself inside the society.

Keywords: Therapeutic Communities; drug's public policy; Roman Catholic Church.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição da Rede Nacional de Comunidades Terapêuticas.....	71
Figura 2 - Distribuição da Rede Nacional de Unidades de Acolhimento Adulto (UAA).....	71
Gráfico 1 - Origem dos pedidos de encaminhamentos as Comunidades Terapêuticas.....	73
Figura 3 – Fotografia de cartaz feito por residente em Guaratinguetá.....	96
Figura 4 – Passagem do Evangelho em faixa de edificação na Unidade de Guarará.....	97
Figura 5 - Internas em momento de descanso.....	102
Figura 6 - Recreação para as internas (participação facultativa).....	103
Figura 7 - Quadro de atividades.....	109
Figura 8 - Organograma Funcional Horizontal.....	110

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CASDEP – Subcomissão temporária de Políticas Sociais sobre *Dependentes Químicos* de Álcool, Crack e outras Drogas
CEB – Comunidade Eclesial de Base
CELAM – Conselho Episcopal Latino-Americano
CF – Campanha da Fraternidade
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CFSS – Conselho Federal de Serviço Social
CIC – Catecismo da Igreja Católica
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes
CONFENACT – Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRR – Centro de Regional de Referência
CT – Comunidade Terapêutica
EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FENNOCT – Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas
FETEB – Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas
GEV – Grupo Esperança Viva
MLA – Movimento Luta Antimanicomial
MPF – Ministério Público Federal
NA – Narcóticos Anônimos
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

Obid – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OEDT – Observatório Europeu de Drogas e da Toxicodependência
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PCID – Conselho Pontifício para o Diálogo Inter-religioso
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
PPP – Parcerias Público-Privadas
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RCC - Renovação Carismática Católica
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SIVAM – Sistema de Vigilância Aéreo
SPA – Substância Psicoativa
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TL – Teologia da Libertação
UAA – Unidades de Acolhimento Adulto
UAI – Unidades de Acolhimento Infantil
UNE – União Nacional dos Estudantes
UNGASS – Special Session of the General Assembly
UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime
WCC – Conselho Mundial das Igrejas
WEA – Aliança Evangélica Mundial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 - A CARIDADE COMO MANIFESTAÇÃO DO REINO DE DEUS NA “CIDADE DOS HOMENS”	22
1.1 Caridade como controle social na modernidade brasileira (séc. XIX)	23
1.2 A opção preferencial pelos pobres: a Igreja contra o Estado?	25
1.3 Fundamentos para construção de obras sociais católicas	28
1.3.1 A Igreja como território de cidadania no Brasil.....	32
1.3.2 Atuais possibilidades de associações de fiéis no espaço público brasileiro.....	36
1.4 A Igreja e as Drogas	38
1.4.1 O que pensa atualmente a Igreja Católica sobre as drogas?.....	40
1.4.2 Iniciativas católicas de atendimento ao dependente químico no Brasil.....	44
CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: DAS ESTRATÉGIAS PUNITIVAS À INCORPORAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA REDE PÚBLICA DE ATENDIMENTO	51
2.1 O tratamento destinado às drogas pelo Estado brasileiro no último século	53
2.1.1 Avanços e limites da Nova Lei Antidrogas.....	57
2.2 Linhas gerais da PNAD	59
2.2.1 As frentes de ação da PNAD sobre drogas ilícitas.....	62
2.2.2 A PNAD na ordem burocrática do Estado brasileiro.....	63
2.3 As Comunidades Terapêuticas: a religião no espaço público brasileiro	66
2.3.1 Organização e metodologia das comunidades terapêuticas no Brasil.....	69
2.3.2 A integração das CT's na rede de acolhimento aos dependentes químicos.....	71
2.4 Principais críticas aos modelos de CT	73
2.5 O Estado como arena entre as CT's e os Conselhos de profissionais de saúde e assistência social	77

CAPÍTULO 3 - AS TERAPÊUTICAS ESPIRITUAIS E O SABER MÉDICO EM DISPUTA: O CASO DA FAZENDA DA ESPERANÇA.....	81
3.1 Primeiras impressões da visita à Fazenda da Esperança.....	83
3.1.1 Gênese, estrutura e metodologia terapêutica da Fazenda da Esperança.....	86
3.1.2 A terapêutica da Fazenda da Esperança: ritual, retórica e eficácia metodológica no contexto da comunidade terapêutica.....	91
3.1.3 A rotina como ritual: a presença da <i>communitas</i> na redefinição da identidade dos internos.....	95
3.1.4 Organização e rotina das Fazendas da Esperança.....	108
3.2 Diretrizes da pesquisa.....	113
CONCLUSÃO.....	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130

INTRODUÇÃO

A dependência química é considerada um dos mais graves problemas sociais no Brasil, mobilizando ações das instâncias governamentais e de iniciativas privadas¹. O governo brasileiro tem focado seus esforços no combate ao consumo de crack (considerado uma epidemia), mas outras drogas também despendem recursos e esforços na repressão de seu uso.

A atual Política Nacional sobre Drogas (PNAD) descentralizou as ações de combate às drogas, fortaleceu a repressão ao tráfico e elaborou uma rede de atendimento em saúde e assistência social para os usuários abusivos de substâncias psicoativas. Mesmo com estes esforços, um levantamento divulgado pela FIOCRUZ (BASTOS; BERTONI, 2014) mostra que o acesso às unidades de atendimento e acolhimento ao usuário de drogas é limitado, especialmente considerando que o perfil de parte significativa dos dependentes químicos corresponde a populações vulneráveis socialmente, como não brancos e pessoas de baixa escolaridade. Isso significa que, se a rede disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde não absorver esses indivíduos, maior será o número de fatores que os impedirá de acessar meios de vida dignos. Ao estigma racial e econômico se somará o estigma do vício, reduzindo paulatinamente a possibilidade de inserção deste indivíduo dentro de redes sociais cujas práticas não sejam consideradas transgressoras.

No Brasil é oneroso e pouco viável para o Estado assumir todas as etapas de recuperação do usuário abusivo de drogas, dada a extensão territorial do país e o contingente de dependentes químicos. Isso acarreta uma perda significativa de oportunidades para redução de danos sociais e ressocialização do dependente químico. No levantamento da FIOCRUZ citado acima, 78% dos entrevistados desejavam se tratar. Diante deste cenário, os pesquisadores afirmam a necessidade de incorporação das iniciativas da sociedade civil na rede de atendimento aos usuários,

Ou seja, no manejo integral do abuso de crack, a oferta de serviços de saúde não é suficiente, sendo a oferta de ações sociais absolutamente estratégica, desde o serviço mais simples de acolhimento e oferta de alimentação e higiene pessoal, até os programas que buscam efetivamente emancipar e oferecer condições para uma vida digna numa dimensão mais ampla. (BASTOS; BERTONI, *ibidem*, p. 151).

¹Nesta dissertação, iniciativa privada é compreendida como alternativa às iniciativas governamentais, distanciando do uso comum que faz referência às instituições que atuam no mercado. O conceito se refere ao terceiro setor, definido por Fernandes (1994, p. 20) como indivíduos ou grupos privados que atuam na produção de bens e serviços públicos (não lucrativos e de interesse coletivo).

Este parecer apenas reforça o que o poder público e as iniciativas da sociedade civil já executavam como prática há, pelo menos, três décadas, ainda que de modo não sistematizado e formalizado. Algumas dessas iniciativas realizadas por entidades privadas são tão sólidas que, hoje, assumem uma parceria formal (regulamentada em lei e assegurada em contrato) junto ao Estado para atender a demanda pela recuperação de dependentes químicos. As próprias entidades governamentais assumem que estas parcerias são necessárias, pois que não há meios públicos, tanto em relação aos recursos financeiros quanto àqueles infraestruturais, de respondê-las integralmente.

Se, atualmente, as pesquisas afirmam a importância das iniciativas privadas na gestão de questões sociais, sabe-se que esta prática remonta às ações filantrópicas da Igreja Católica desde o século XVIII no país. Por meio da filantropia, os fiéis eram estimulados a prestar serviços aos pobres como via de elevação espiritual e remissão dos pecados. Historicamente, a caridade era exercida como uma relação de auxílio e privilégio, em que diversos grupos na sociedade “competiam” sobre o volume das doações; nas mãos do clero, os recursos arrecadados mantinham as instituições, geralmente de encarceramento, ligadas aos mosteiros e conventos. Essas instituições eram designadas para lidar com estratos sociais “indesejáveis” tais como mendigos, pobres, doentes, órfãos, inválidos, viúvas e alguns criminosos (SANGLARD, 2006; PINTO, 2008). No fim do século XIX, a caridade começa a ser compreendida como esforço de doação (tempo, donativos ou mesmo dinheiro) para instituições que não pertencem a alguma ordem religiosa.

No início do século XX, a religião já não era suficiente como elemento de coesão social e a filantropia cedeu lugar à assistência social como ferramenta governamental para lidar com a questão social, que neste contexto demandava iniciativas mais racionalizadas. Em sua origem, a assistência social não procurava manter o bem-estar dos grupos marginalizados. Ela priorizava a satisfação de necessidades básicas daqueles que não conseguiam se inserir em atividades produtivas. Assim como a filantropia cristã, por muito tempo a assistência social serviu como instrumento de dominação das elites brasileiras, funcionando como especialização das ações caritativas católicas, “parte de sua [da Igreja Católica no Brasil] estratégia de qualificação do laicato” (IAMAMOTO, 2005, p. 83, grifo nosso).

Nos anos 1960, a cidadania das populações oprimidas e marginalizadas passou a ser abordada a partir de movimentos saídos da juventude católica, que discutiam a assistência social como ferramenta de promoção de bem-estar social e de reivindicação de participação política. Os jovens católicos integrantes destes movimentos se dirigiam para os mais diversos rincões do país, promovendo ações educacionais que formassem lideranças e movimentos

populares de direitos civis como forma de resistência a implantação do regime autoritário de 1964 (LIMA, 1979; LANDIM, 1993). Ainda hoje, as instituições religiosas concentram a maior parte das iniciativas sociais, sendo territórios oportunos para práticas que promovem a cidadania.

No processo de redemocratização dos anos 1980, o Estado brasileiro começa a oficializar parcerias com a sociedade em resposta à crescente demanda por direitos sociais e de cidadania. Essa reorientação foi resultado de uma crise administrativa, pela qual boa parte dos Estados Nacionais passava na época, caracterizada pela insustentabilidade dos modelos de bem-estar social, colapso dos governos socialistas e da alternativa neoliberal. Havia a percepção internacional da existência de uma disfunção sobre o papel que o Estado deveria representar na sociedade. Bresser-Pereira (1998, p. 58) aponta que, no Brasil, a crise fiscal dos anos 1980 foi respondida com posicionamentos neoliberais, o que se mostrou igualmente insuficiente uma vez que não dispunha de mecanismos que garantissem a paz social. A solução encontrada foi a Reforma do Estado brasileiro, idealizada em 1995, que acompanhava a tendência internacional de atuar em parceria com o chamado “terceiro setor” e instituições privadas. Seu objetivo era remodelar a gestão do Estado ao integrar a sociedade na produção de bens públicos. Assim, o Estado transferiu a responsabilidade do desenvolvimento econômico e social para organizações privadas e passa a atuar como promotor e regulamentador desse desenvolvimento (ibidem, p. 66).

A presença de instituições da sociedade civil atuando em iniciativas de assistência social e promoção da cidadania no Brasil é um fenômeno comum, incorporado sem maiores resistências tanto pelos governos quanto pela população em geral. Essas instituições são associações de pessoas físicas e jurídicas, de recursos oriundos da iniciativa privada e/ou governamental, que se ocupam de prover direitos básicos para minorias e populações marginalizadas, cujo alcance do Estado é parcial ou mesmo inexistente. Essas associações constituem o terceiro-setor, composto desde as Organizações Não Governamentais (ONG's), os movimentos sociais (associações mais tradicionais, com alto grau de formalização e cooptação de apoiadores e recursos) até as pequenas reuniões de conselhos, grêmios e obras sociais (que, frequentemente, coabitam o espaço religioso e tem influência mais local e pessoal do que política) (FERNANDES, 1994).

Apesar dos problemas referentes às questões sobre o custo de financiamentos de programas sociais, há o consenso de que o Estado brasileiro não tem condições fiscais e de recursos humanos para lidar com políticas públicas de forma centralizada. Contudo, somente em 2014 são regulamentadas em lei específica as parcerias público-privadas (PPP), visando

promover a transparência dos recursos públicos investidos nas instituições da sociedade civil² e a desburocratização na celebração dos contratos de parceria. O Marco Regulatório para as Organizações da Sociedade Civil ([BRASIL](#), 2014) – que entrou em vigor em janeiro de 2016 na administração federal e estadual e entrará em vigor em janeiro de 2017 nos municípios – é o reconhecimento oficial da necessidade das organizações da sociedade civil para a gestão das questões sociais.

O terceiro setor pode ser definido como iniciativas privadas com funções públicas, diferente do mercado por não objetivar lucro e do Estado por não desenvolver políticas compulsórias. Essas iniciativas são organizadas, não-governamentais e não-lucrativas³, mobilizando a dimensão voluntária da maior parte de seus participantes para suprir necessidades coletivas e produzir bens públicos⁴ diversos, sendo o principal deles a cidadania pautada em valores democráticos. A amplitude do campo de influência dessa modalidade de instituição é determinada pelo grau de persuasão desenvolvido por seus membros ou do apelo gerado pela causa defendida (FERNANDES, 1994, p. 22). Por serem desvinculadas do Estado e dos interesses do mercado privado, as associações da sociedade civil costumam estar mais alinhadas às demandas da população, estando na vanguarda de muitos temas que serão incorporados na agenda pública posteriormente.

Não é difícil encontrar excelentes trabalhos acadêmicos sobre o tema, podendo citar aqui o trabalho de Leilah Landim (1993; 1998) sobre o campo da assistência social e as ONG's, o de Maria da Glória Gohn (2010) sobre movimentos sociais e o de Rubem Cesar Fernandes (1994) sobre o terceiro setor na América Latina, todos estes referências para esta dissertação. Existem outras tantas teses e dissertações sobre iniciativas mais locais e de menor vulto, com semelhante intenção de analisar o trabalho dessas instituições e o alcance de suas influências no meio social em que estão instaladas. Nesta dissertação, vamos tratar da atual presença da Igreja Católica no espaço público brasileiro, mais detidamente sobre como seus dogmas, tradições e aspectos institucionais se entrelaçam com as ações de promoção da cidadania junto às populações marginalizadas (especificamente, junto aos dependentes

² Sociedade civil é compreendida neste trabalho como “[...] a esfera das relações entre indivíduos, entre grupos, entre classes sociais, que se desenvolvem à margem das relações de poder que caracterizam as instituições estatais” (BOBBIO, 1998, p.1210).

³ Algumas instituições do terceiro setor conseguem lucros de subprodutos de suas ações, mas este lucro não pode ser disposto por particulares. Usualmente, o lucro gerado pelas atividades deve ser reinvestido na própria associação ou em prol da causa.

⁴ Segundo o economista Paul Samuelson (1954, p. 387), bens públicos são aqueles cujo consumo feito por um indivíduo não afetam a disponibilidade do bem em questão para o consumo de outros indivíduos. Embora a iniciativa governamental seja fundamental para a disponibilidade desses bens, uma vez que a relação de custo-benefício tende a não ser lucrativa para o fornecedor, não somente governos são capazes de produzi-los e gerenciá-los.

químicos). Pretendemos lançar um olhar mais detido sobre como a instituição opera no plano político ao influenciar a agenda pública e sobre o alcance dos reflexos dessas ações políticas nos comportamentos sociais dos afetados pelas iniciativas sociais católicas. Também pretendemos verificar quais as adaptações que a Igreja é obrigada a fazer para se manter “atualizada” diante dos desafios que a vida secular oferece para a manutenção da doutrina católica aplicada fora de seus domínios institucionais.

Cientes da amplitude do tema e da instituição que escolhemos analisar, dividimos a dissertação em três eixos temáticos, a saber: as ações caritativas católicas no desenvolvimento das políticas assistenciais no Brasil, as parcerias público-privadas nas políticas sobre drogas no país e a atuação da Igreja na assistência aos dependentes químicos junto ao Estado brasileiro e, para tal, escolhemos como tema da pesquisa, as chamadas “comunidades terapêuticas”.

As comunidades terapêuticas (CT) são instituições usualmente voltadas para a recuperação de dependentes químicos, baseadas na vida em comunidade e na espiritualidade como método de superação do vício. De Leon (2003), as define como microssociedades que simulam a vida da sociedade mais ampla (rompendo temporariamente com a mesma), com o objetivo de internalizar em seus membros práticas que os levam ao bem viver. Geralmente são de inspiração católica ou evangélica, apesar da crença pregressa de seus membros não ser um fator impeditivo nos objetivos de ressocialização. Não possuem hierarquia vertical entre internos, voluntários e profissionais que compõe seus quadros, e sua metodologia considera que o residente é protagonista de sua recuperação, distanciando do modelo clássico de internação hospitalar (JONES, 1972).

As CT's começaram a se instalar no Brasil nos anos 1970, por ação de integrantes de religiões cristãs que buscavam “resgatar” dependentes químicos com base na vivência do Evangelho de Cristo. As unidades consistiam em uma alternativa às internações em instituições psiquiátricas ou em instituições carcerárias, apresentando aos adictos a vivência comunitária como um estilo de vida diferente daquele encontrado na sociedade. Atualmente, as CT's integram a rede de atendimento público destinada ao tratamento e reinserção social dos dependentes químicos no Brasil, sendo as instituições que mais oferecem leitos de internação, tanto se considerado o número absoluto de vagas quanto se considerarmos o alcance da rede dentro do território nacional, segundo os dados da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD).

As comunidades terapêuticas católicas⁵ são importantes campos de análise por serem instituições cuja legitimidade constantemente é questionada pelos conselhos de classe dos profissionais de saúde e assistência social, em uma disputa pela autoridade sobre o tratamento da dependência química. A tensão entre religiosos e profissionais de saúde se agravou quando o cuidado com dependentes químicos colocou a Igreja Católica, bem como outras confissões que atuam na recuperação dos adictos, dentro das instâncias governamentais, participando junto ao Estado ativamente na regulamentação e execução das políticas públicas. Cabe ressaltar que, institucionalmente, a Igreja Católica no Brasil não é responsável por nenhuma CT. Ela recomenda que seus fiéis (leigos ou ordenados) se associem para organizar e gerir instituições voltadas para o atendimento de demandas sociais. O que se apresenta na teoria como uma mera recomendação doutrinal, na prática se traduz em aproximação cada vez mais intensa da Santa Sé dessas comunidades, propagando tais iniciativas como modelos bem-sucedidos de uma sociedade com valores diferentes da sociedade mais ampla.

A escolha pela Fazenda da Esperança se deu por ser uma comunidade terapêutica que atua há mais de 30 anos na recuperação de jovens usuários de drogas. Sua atuação é sólida junto a diferentes setores da sociedade civil e do Estado e a distribuição de suas unidades é geograficamente relevante – está presente em 25 das 27 unidades federativas brasileiras e em 15 outros países nos continentes americano, africano, europeu e asiático. De orientação abertamente católica, o projeto conta com reconhecimento do Vaticano, tendo, inclusive, a sede de Guaratinguetá (interior de São Paulo) recebido a visita do papa Bento XVI no ano de 2007. A Fazenda da Esperança também é reconhecida por instâncias governamentais brasileiras, com seus membros fundadores sendo convidados a participar de sessões sobre a Política Nacional sobre Drogas no Senado e em outras casas legislativas, além das unidades cadastradas na SENAD para compor a rede de atendimento pública aos dependentes químicos.

A Fazenda da Esperança não é um caso isolado de comunidade terapêutica que integra as iniciativas de parceria público-privada no desenvolvimento de políticas de acolhimento para os usuários abusivos de drogas. Atualmente, as comunidades terapêuticas compõem o eixo “cuidados”, idealizado na reformulação da Política Nacional sobre Drogas em 2011⁶. Esse eixo integra as ações que são ofertadas pelas redes de atenção à saúde e de assistência

⁵ Apesar da Igreja Católica enquanto instituição não gerir nenhuma comunidade terapêutica, é possível situar aquelas administradas por associações de fiéis reconhecidas por instâncias institucionais (dioceses locais ou mesmo pelo Pontifício Conselho para os Leigos) como “CT’s católicas”. Isso ocorre porque a doutrina reconhece que a Igreja Católica é composta pelo aspecto institucional e pelo apostolado dos leigos, sendo esferas interdependentes e indissociáveis. O capítulo 1 fornece mais explicações para tal questão.

⁶Decreto nº 7.426 de 7 de Janeiro de 2011.

social, destinadas ao atendimento dos usuários de drogas e seus familiares. Esta rede é composta pelos Consultórios de Rua, Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Infantil (UAI), leitos em enfermarias especializadas, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas 24h, Serviço de Abordagem Social na Rua, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), além das Comunidades Terapêuticas. Dados do “Observatório Crack, é possível vencer”, do governo federal, indicam que, até março de 2016, existiam 336 comunidades terapêuticas (a maior parte delas de matriz cristã) cadastradas no Ministério da Justiça, compondo, portanto, a rede pública de atendimento para dependentes químicos. Essas CT’s estão distribuídas em 1830 centros que disponibilizam 7541 vagas de internação. Contudo, sabe-se que outras tantas unidades atuam sem ser cadastradas pelos programas governamentais, além das que atuam na clandestinidade.

Embora tenhamos utilizado o “trabalho de campo” como parte da metodologia desta dissertação, este trabalho não é uma etnografia rigorosa sobre a Fazenda Esperança. Tampouco, se trata de um estudo comparativo sobre a eficiência do modelo de recuperação proposto pelas comunidades terapêuticas em relação a outras terapias médicas. O objetivo é analisar, de forma geral, como se comporta a Igreja Católica diante de uma questão de Estado que sensibiliza a opinião pública e que é fundamental nas discussões sobre cidadania, a partir de uma observação mais empírica e particular. Portanto, optamos, como metodologia, por mesclar uma análise bibliográfica sobre o panorama histórico e geral da relação da Igreja Católica na questão da assistência social (particularmente, na questão das drogas) com um estudo de caso com ênfase em trajetórias de vida e institucional de atores envolvidos na referida Fazenda da Esperança. Na execução da pesquisa foram realizadas duas visitas institucionais entre outubro e novembro de 2014, além de extensa revisão bibliográfica e histórica sobre o tema.

Para a análise, também consideramos as críticas às comunidades terapêuticas feitas, sobretudo, por médicos, psicólogos e assistentes sociais. Os críticos afirmam que as CT’s não obedecem a critérios científicos em seus métodos de tratamento, além de restringir a liberdade e outros direitos de cidadania de seus internos – há denúncias graves de violência contra residentes – e não possuir profissionais especializados em seus quadros. O consenso é que não há fiscalização eficiente por parte do Estado para controlar a atividade destas instituições ou condições governamentais para que se monitore o cumprimento das normas que regulamentam o funcionamento dessas unidades. Dada tais dificuldades e queixas sobre o trabalho desenvolvido nas comunidades terapêuticas, os conselhos de profissionais de saúde e

de assistência social rejeitam a incorporação institucional das CT's na rede pública de atendimento aos usuários de drogas. Apesar das críticas, o governo reconhece a indisponibilidade de leitos públicos em clínicas e outras instituições hospitalares em condições de receber dependentes químicos, admitindo que o trabalho das CT's é indispensável para o acolhimento desses pacientes. Esse embate se acirrou em 2011, por ocasião da aprovação da nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que oficializou a parceria entre governo e comunidades terapêuticas, fomentando repasses de verbas públicas para estas iniciativas.

Diante das dificuldades normativas por parte de instituições governamentais, da resistência dos conselhos profissionais e das exigências das federações de comunidades terapêuticas, somente em 2015 foi possível aprovar o Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas do Brasil⁷, que consolidou a parceria entre Estado e comunidades terapêuticas, desagradando profissionais da saúde e da assistência social. Nesse contexto, as Comunidades Terapêuticas tiveram atuação intensa como grupo de *lobby*⁸ junto ao governo pela regulamentação de instituições do terceiro setor que atuam na recuperação de adictos. As divergências sobre a regulamentação das CT's repousam sobre sua natureza. Segundo os críticos dessas instituições, esses empreendimentos não deveriam integrar a rede pública de saúde, visto que, não necessitam cumprir com as exigências profissionais e estruturais das instituições médicas. Assim sendo, os repasses para instituições de saúde oriundos do governo não deveriam ter como destino as comunidades terapêuticas.

Será em torno da legitimidade ou não, de uma instituição religiosa, regida por seu imaginário e cosmovisão, participar enquanto implementadora de políticas sociais e públicas, a questão crucial desta dissertação. Disposto todos esses pontos de controvérsias e convergências, a pesquisa será apresentada em três capítulos: o primeiro capítulo se ocupará de construir historicamente a relação entre a Igreja Católica e assistência social, se ocupando dos fatos históricos e também dos principais pontos da doutrina que fundamentam a prática de caridade para o fiel católico. Também discorrerá sobre o entendimento que a Igreja Católica tem sobre as drogas e seus consumidores. O segundo capítulo trará os principais conceitos sobre a definição de drogas e apresentará o papel que as comunidades terapêuticas possuem dentro da rede pública de assistência aos dependentes químicos. O terceiro capítulo apresentará a Fazenda da Esperança, trazendo os aspectos metodológicos para o

⁷ Resolução CONAD nº1/2015. Atualmente suspensa pelo Ministério Público (Cf. capítulo3).

⁸O lobby não é regulamentado no Brasil, mas grupos de poder (empresários, ruralistas, religiosos, etc) interferem nas decisões políticas, seja financiando candidatos que tenham afinidades com suas bandeiras, seja exercendo pressão sobre os políticos já eleitos.

desenvolvimento dos objetivos dessa pesquisa. Na conclusão, serão apresentadas perspectivas sobre a influência da Igreja sobre as políticas públicas sobre drogas e sobre como a instituição se pensa dentro da sociedade.

CAPÍTULO 1

A CARIDADE COMO MANIFESTAÇÃO DO REINO DE DEUS NA “CIDADE DOS HOMENS”

É sempre bom cercar-se de precauções para tratar de uma instituição milenar como a Igreja Católica. Diante da complexidade desta instituição, faz-se necessário assinalá-la dentro de um contexto temporal, geográfico e político específico. Obviamente, esta é uma advertência metodológica para qualquer trabalho científico. O que pretendemos ressaltar, neste caso, é o caráter polissêmico que a instituição, na sua ambição de totalidade (católico quer dizer universal), possui. Mesmo que tenha uma estrutura hierárquica e centralizada, dentro de sua ideia de “circundar a variedade” (LUBAC, 1986, p.28-31), ela sempre procurou conciliar as diferenças em seu seio. E, se acrescentarmos a perspectiva histórica nesta instituição de “longo curso”, teremos Igrejas diferentes em períodos históricos distintos.

Por isso propomos um recorte. Para a finalidade deste trabalho, a noção de “Igreja” será tratada no seu aspecto institucional, ou seja, no conjunto de normas, costumes e estruturas estabelecidas consuetudinariamente ou pelas autoridades eclesiais. Acompanhando este enfoque, também será considerado o imaginário e as representações produzidas no interior deste corpo institucional, até para justificá-lo e legitimá-lo. Nas páginas que se seguem, ao lado de uma análise da situação social e política envolvendo a participação da Igreja, exporemos as definições e interpretação dos temas propostos para este trabalho dentro do ponto de vista que a Igreja Católica fornece. Combinaremos, portanto, uma análise “externa” das práticas sociais e políticas da instituição, com a explicitação do discurso “interno” que a Igreja coloca nas suas formulações e práticas.

Em dois milênios de história, os católicos exercitaram diferentes modos de vivenciar a caridade. Esse é um aspecto importante para compreender como a Igreja pretende se colocar no mundo como instituição e como ela constrói parte de sua identidade entre seus fiéis. A caridade é tida como uma virtude, ou seja, aquilo que através do uso da razão estabelece a moral necessária à boa vivência entre os homens. A caridade é central no dogma católico por ser uma virtude teologal – peculiar porque transcende a razão humana, sendo acessível somente pela graça de Deus. É dela que os homens tiram inspiração para atos de fé e amor por Deus e ao próximo, sendo considerada pela Igreja o “vínculo da perfeição”⁹. A caridade

⁹ Referência à Carta de São Paulo aos Colossenses (Cl 3:14).

está na gênese da própria Igreja Católica e, neste contexto, alude a um conjunto de condutas que extrapola a concepção de filantropia. Ela se confunde com o amor de Deus – incondicional, misericordioso e perfeito – e, em muitas traduções de textos bíblicos, substituem um verbete pelo outro.

Esta pesquisa parte da importância das obras sociais católicas como base da ação política da sociedade civil no Brasil. A Igreja tem significativo papel na história da assistência social e foi um importante elemento estruturante da sociedade brasileira, ora legitimando a unidade política do Estado brasileiro, ora se fazendo porta-voz de classes oprimidas. O fato é que a instituição gozou de privilégios e de uma posição hegemônica que nenhuma outra entidade secular deteve por tanto tempo, muitas vezes mediando a relação – nem sempre harmoniosa – entre Estado e sociedade. Mais do que interferências dentro das instâncias gerenciais e burocráticas do Estado, a Igreja Católica possui força moralizante única. Ao longo da história do país, nenhuma outra instituição influenciou tanto na construção de valores ou mesmo na normatização de condutas pelo Direito e que, ainda hoje, atua nas questões legislativas e na execução de políticas sociais.

1.1 Caridade como controle social na modernidade brasileira (séc. XIX)

Historicamente, a Igreja Católica esteve vinculada ao Estado brasileiro desde o período colonial, constituindo-se como referência política e moral importante para consolidação de grupos de poder por meio de sua doutrina. Em relação às camadas pobres e excluídas da população, a Igreja estabeleceu uma relação ambígua ao desenvolver ações assistenciais que mascaravam os mecanismos de dominação da elite econômica e política e as consequentes desigualdades advindas disto. Seu discurso era apaziguador frente à realidade de privação da maior parte da população brasileira, marcada pela miséria, pela doença, pela fome e por outras sortes de mazelas. A atenção à pobreza foi institucionalizada pela Igreja Católica por meio de orfanatos, asilos, hospitais e escolas sob gestão das ordens religiosas. Já os recursos para as obras sociais eram provenientes das ações de benfeitorias e de doações dos fiéis, convencidos da importância dessa prática como sinal de boa conduta moral e social. É importante ressaltar que, antes da entrada na modernidade, não cabia ao governo preocupar-se com o bem-estar social, mesmo porque pobreza, doença e abandono eram considerados disfunções pessoais às quais a coletividade não tinha obrigação moral ou interesse político de atenuar. Por isso a benfeitoria e a filantropia eram marcadores sociais de conduta abnegada ou de grandeza espiritual.

Com o advento do Estado moderno, de forma geral, os governos precisaram agir de forma racionalizada e universalizante, baseando-se somente no poder secular. O Estado se encaminhava para um modelo de autoridade racional com burocracia especializada e poderes limitados sobre os indivíduos. A religião passa a ser constrangida na sua atuação pública quando o ultramontanismo¹⁰ entra em conflito com as perspectivas laicas alimentadas pelo positivismo e o liberalismo. No plano social, surgem as primeiras organizações políticas que questionavam a subordinação das massas ao poder das elites, fomentando o entendimento de que tais organizações possuíam cunho comunista. O comunismo era considerado uma ameaça sobre a consciência das classes trabalhadoras, perigo que pairava sobre os governos estabelecidos e também sobre o poder religioso. Enquanto os Estados nacionais criavam instrumentos para conter a propagação dos ideais comunistas, Roma se reorganizava buscando uma autoridade centrada na figura do Papa e que estaria acima de qualquer deliberação estatal. Neste movimento, a Igreja num plano internacional advoga para si o papel de instituição legitimamente capaz de manter a coesão social e aparar arestas dos conflitos entre classes (LIMA, 1979; ROMANO, 1979; PIERUCCI; SOUZA; CAMARGO, 1989). No Brasil, a “ameaça comunista” obrigou Estado e Igreja a atuarem colaborativamente, a despeito da separação oficial no plano político. Neste arranjo, coube ao Estado oferecer segurança e estabilidade para a manutenção da religião em um mundo que tendia a secularização das consciências e das práticas sociais. Já o papel da Igreja era subsidiar um discurso alternativo ao comunismo como a solução dos conflitos sociais. Essa era uma forma eficiente de controle social que mantinha a ordem liberal estabelecida pelos grupos de poder, embora a colaboração entre Igreja e Estado não ocorresse sem divergências (ROMANO, 1979).

No momento em que o Estado é obrigado a garantir os direitos de propriedade e os contratos sociais, os problemas gerados pela pobreza também passam a ser obrigação governamental. Na modernidade, a pobreza e a indigência caracterizavam um peso para a ordem liberal, já que os indivíduos inaptos ao trabalho também estavam deslocados de outras organizações da vida social. A partir do discurso cristão, essa questão foi solucionada pela complementariedade entre o papel dos ricos e dos pobres, em que os primeiros deveriam aliviar, via caridade, o sofrimento daqueles que resignadamente deveriam esperar pela recompensa pós-morte da condição terrena que lhes foi destinada.

¹⁰ Reação à subordinação da Igreja e de seus membros aos interesses dos Estados Nacionais. Ao Estado era permitido decidir se o clero acataria ou não as recomendações papais vindas de Roma, deliberar sobre a escolha e destituição de bispos bem como o número destes em cada arquidioceses entre outras decisões que pertinentes à vida religiosa.

Mesmo diante de função tão fundamental para ordem social, um novo empecilho afetava a hegemonia católica perante o Estado brasileiro e a sociedade: o reconhecimento da legitimidade da atuação social de outros grupos religiosos, sobretudo os espíritas e os evangélicos, motivadas por interpretação semelhante à concepção católica do papel da caridade (AZZI; GRIJP, 2008; PINTO, 2008). A filantropia foi adequada à racionalidade da ordem burguesa na busca por métodos mais eficientes de reinserção da mão-de-obra invalidada pela pobreza. A intervenção junto aos pobres já não se limitava a suprir os sintomas evidentes da miséria ao também buscar uma solução para suas causas. Conhecimentos científicos e técnicos foram aprimorados e a inserção de leigos nos cuidados com os pobres e os indigentes foi motivada. Todavia, vale ressaltar que, estabelecer um plano de ação sobre as causas da pobreza não significaram para a Igreja Católica o abandono do discurso de legitimação da dominação das elites, dado que os direitos individuais e o desenvolvimento de representações políticas para as classes trabalhadoras foram anseios posteriores a esta fase.

1.2 A opção preferencial pelos pobres: a Igreja contra o Estado?

Em um período que compreendeu meados do século XIX até meados do século XX, a Igreja Católica e o Estado brasileiro não passaram ilesos aos questionamentos de movimentos políticos que buscavam o atendimento das demandas sociais e a supressão das desigualdades econômicas. Institucionalmente, a Igreja Católica se voltava desde 1898¹¹ contra o avanço socialista, mas também se posicionava contra as formas de exploração características da produção capitalista. Desde então, os documentos papais voltaram-se à questão social, assumindo um discurso de promoção do protagonismo dos leigos na participação social católica. O discurso encorajando a participação dos fiéis católicos, leigos e ordenados, em ações de caridade com objetivos de minimizar situações de desigualdade tornou-se cada vez mais frequente. A Igreja conseguiu se adaptar de tal modo às novas configurações da organização social, que Lima (1979, p. 16) afirma que ela obteve sucesso diante de dois problemas trazidos pela modernidade. A Igreja Católica continuou a ser a principal religião a atuar junto ao Estado brasileiro¹² (valendo-se de sua estrutura e recursos diante de um cenário que começava a se configurar pluriconfessional), ao passo que, autonomizou-se politicamente

¹¹ Carta encíclica *Rerum novarum* (1898).

¹² No trecho referenciado, o autor utiliza da expressão “[...] retornar a ser a religião *oficial* do Estado [...]” (grifo nosso). Na verdade, entendemos que esse retorno não ocorreu oficialmente na forma de Lei, e tal uso da expressão pode reduzir a importância que outras confissões começaram a ter no espaço público brasileiro. Reconhecemos, no entanto, que embora não-oficial a Igreja Católica ainda hoje é desigual institucionalmente perante outras religiões, penetrando com maior legitimidade na esfera pública.

das instâncias governamentais, retomando Roma como seu centro institucional. No seio da Igreja Católica iniciava-se a participação de fiéis que confrontavam as estruturas políticas e sociais, embora oficialmente, até a segunda metade do século XX, a Igreja no Brasil tenha preferido se abster de confrontos diretos com o Estado e suas elites.

Nos anos 1950, a alta hierarquia católica percebia que o discurso socialista – mais democrático e emancipador para as massas – ganhava grande adesão entre os fiéis das classes trabalhadoras, que começavam a se posicionar fora dos domínios e influências ideológicas da Igreja. As classes oprimidas estavam cada vez mais influenciadas pela secularização dos costumes, pelo protestantismo, pelo marxismo e pelo espiritismo; esses quatro fatores obrigaram o episcopado brasileiro a voltar seu olhar para as realidades regionais, adequando-as ao Magistério¹³ da Igreja Católica. Essa via alternativa ao socialismo e ao capitalismo (chamada de Terceirismo Católico) buscava amortizar as distorções sociais sentidas pelos trabalhadores sem romper drasticamente com a ordem política e social vigente. O terceirismo católico no Brasil aproximou ainda mais a Igreja e o Estado na tentativa de se reorganizarem institucionalmente perante a perda da autoridade repressiva sobre os movimentos populares (LIMA, 1979; ROMANO, 1979; PIERUCCI; SOUZA; CAMARGO, 1989).

Sobre esses arranjos sociais, não houve um acordo formal entre a alta hierarquia católica e os representantes do Estado ou dos movimentos populares. Mesmo nesse período de efervescência política, a Igreja reforçava sua posição de abster-se de assumir compromissos políticos, temendo prejuízos sobre o alcance da autoridade da Santa Sé. Portanto, quando a alta hierarquia se abriu a participação dos leigos em ações sociais observando as demandas dos mais pobres, tencionava antes uma mudança teológica que direcionava o olhar da instituição aos oprimidos do que uma ruptura política com as estruturas de poder ligadas ao Estado ou as elite brasileiras. Neste cenário de contradições políticas, grupos progressistas começaram a se fortalecer dentro da hierarquia católica e a se ligar às iniciativas católicas leigas (Juventude Universitária Católica, Ação Popular, Movimento de Educação de Base, ação pastoral, entre outros).

Não há como não ver a Igreja, em sua ambiguidade, envolvida nesse período e *ao mesmo tempo* pelas forças que assumiram dinamicamente a modernização capitalista e que começaram a impor em âmbito nacional, via Estado, sua hegemonia econômica e política, e pelas forças populares que, mesmo não dispendo das alavancas do poder econômico, afirmam-se então na luta política e regionalmente conquistam para sua causa aliados no nível das instituições superestruturais. (PIERUCCI; SOUZA; CAMARGO, 1989, p. 366).

¹³Ofício confiado aos bispos junto ao Papa, de interpretar autenticamente a Palavra de Deus (CIC, 85). São as “Verdades da fé” que se guiam os católicos para que não ocorram desvios de interpretação dos desígnios divinos.

As frentes progressistas que cresciam dentro da Igreja atuavam, sobretudo, em espaços educacionais e nas comunidades rurais. A teologia da caridade, outrora norteada para o assistencialismo, se voltava cada vez mais para a promoção da dignidade e dos direitos de minorias, trabalhadores e miseráveis, consistindo em terreno fértil para o alinhamento dos valores cristãos com o interesse público. A convergência do olhar de setores importantes na sociedade brasileira para a pobreza foi crucial para a organização de resistências ao cenário político autoritário que se construía desde o Estado Novo nos anos 1930, recrudescido após o golpe militar de 1964. Os efeitos dessas ações católicas causaram transformações profundas na estrutura da Igreja no país, mesmo frente aos empecilhos que a alta hierarquia clerical conservadora impunha. A esquerda católica, que nos anos 1960 representava uma das principais forças políticas no Brasil e incutiu sobre os fiéis um espírito de responsabilidade cristã na busca da superação de desigualdades sociais e de construção de uma sociedade mais justa. A visão que passava a predominar era a de que a fé não seria superada pela política, mas que a ação política é o caminho da promoção da concepção cristã de dignidade humana (MAINWARING, 1989).

A princípio cindida entre grupos episcopais conservadores (defensores da manutenção do *status quo* social e político) e grupos episcopais progressistas (cada vez mais próximos dos partidos “populares” e movimentos sociais), a Igreja Católica no Brasil explicitou definitivamente sua posição pelos direitos sociais quando o regime militar fechou suas estruturas, reprimindo também instituições e grupos (incluindo membros da hierarquia eclesial) que, a priori, fomentaram o golpe de 1964 (idem).

Os setores progressistas da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) se tornaram maioria após o recrudescimento do Regime Militar, após a promulgação do Ato Institucional nº 5 (AI-5, 13 de dezembro de 1968). Membros do clero católico – que outrora apoiaram o golpe militar tencionando retomar o posto da Igreja como religião oficial do Estado – começaram a se constituir como uma força de oposição ao regime, especialmente após a prisão de padres e bispos acusados de colaborar com inimigos do Estado. O episcopado brasileiro começou a pronunciar-se em defesa dos oprimidos e estimulou que a prática pastoral¹⁴ feita pelos leigos se transformasse em bandeira institucional católica (LIMA, 1979; PIERUCCI; SOUZA; CAMARGO, 1989). A identificação das demandas sociais com os valores do catolicismo fez com que a Igreja entrasse nos anos 1970 com sua autoridade socialmente legitimada no Brasil, superando a necessidade de prescrições legais e arranjos

¹⁴ Agir pastoralmente significa continuar a missão de Cristo no mundo, levando o Evangelho fora dos domínios da Igreja.

oficiais com o Estado para assegurar a hegemonia dos valores católicos na sociedade, mesmo considerando a nova linha de atuação política e social. Todavia, a convergência de valores em torno da chamada “opção preferencial pelos pobres”¹⁵ não significou completa unidade institucional (LIMA, 1979; ROMANO, 1979; PIERUCCI; SOUZA; CAMARGO, 1989; MONTERO, 2013). As divergências sobre o papel político da Igreja separava setores da hierarquia (ainda que houvesse na época, significativa parcela de bispos progressistas) daqueles que tinham como prática a pastoral popular. Essas pastorais, inspiradas nas pedagogias de Paulo Freire e Leonardo Boff, voltavam-se para a educação das massas e a conscientização dos oprimidos para a ação política transformadora. Este perfil de atuação das pastorais se inverte gradativamente a partir do pontificado de João Paulo II, nos anos 1980.

1.3 Fundamentos para construção de obras sociais católicas

É dever de todo fiel católico – clero, leigo ou consagrado¹⁶ – assumir seu papel na construção de uma sociedade justa junto às autoridades civis constituídas através de iniciativas privadas que visem corrigir distorções sociais, políticas e econômicas que subjuguem os homens. Esse exercício de cidadania deve ser precedido pelos princípios cristãos pregados pela Igreja Católica, uma vez que, o católico está na sociedade temporariamente, já que seu espírito (consciência) deve observar o Reino de Deus. Assim, é permitido desobedecer à autoridade civil estabelecida “quando as suas exigências forem contrárias às da reta consciência, tem a sua justificação na distinção entre o serviço de Deus e o serviço da comunidade política” (CIC, 2242).

Na doutrina da Igreja, a ação católica (tanto institucional quanto de indivíduos que dela fazem parte) não tem função política, no sentido de se estabelecer dentro de estruturas político-administrativa de uma nação (outra que não seja o Vaticano). A missão primeira dos ordenados, consagrados e leigos é levar o Evangelho de Cristo a todas as pessoas, não assumindo funções, atitudes ou compromissos que deponham contra ou entrem em conflito com os ensinamentos do magistério da Igreja Católica. Assim, a Igreja Católica orienta seus fiéis para intervenção direta no mundo, promovendo os valores do Evangelho que estão “decodificados” em todo o magistério da Igreja. Mesmo quando em função pública, o fiel católico não deve abrir mão de qualquer posicionamento da doutrina católica, já que o

¹⁵ Papa João Paulo II em discurso na Terceira Conferência Geral do Episcopado Latino-Americano (Puebla, 28 de Janeiro de 1979).

¹⁶ Fiéis consagrados são aqueles que abdicam da vida comum em prol de alguma instituição ou obra católica sem, contudo, fazer os votos pertinentes àqueles que se ordenam.

caminho para se chegar ao bem comum está contido nos ensinamentos do Evangelho e da Igreja.

“A Igreja¹⁷ que, em virtude da sua função e competência, de modo algum se confunde com a comunidade política, [...] é, ao mesmo tempo, sinal e salvaguarda do carácter transcendente da pessoa humana”. “A Igreja respeita e promove a liberdade política e a responsabilidade dos cidadãos”.

Faz parte da missão da Igreja “proferir um juízo moral, mesmo acerca das realidades que dizem respeito à ordem política, sempre que os direitos fundamentais da pessoa ou a salvação das almas o exigirem utilizando todos e só os meios conformes com o Evangelho e o bem de todos segundo a variedade dos tempos e circunstâncias” (CIC, 2245-2246).

A caridade¹⁸, nesse sentido, cumpre a dupla função de ser meio de intervenção direta na sociedade ao mesmo tempo em que é o principal ensinamento do Evangelho¹⁹, que consiste no exercício do amor e do serviço ao próximo. No magistério da Igreja Católica, a caridade é uma das virtudes centrais que identificam o proceder cristão no mundo²⁰ correspondendo a um grupo de atitudes que objetivam promover o melhor do ser humano via exercício de doação (dinheiro, tempo, afeto, etc) e empatia; ela não abrange somente a filantropia, já que o exercício assistencial aos pobres e necessitados é uma das faces da caridade.

O exercício da caridade como assistência aos mais necessitados teve orientação historicamente ligada ao papel que a doutrina católica atribuía ao leigo: em pouco mais de um século migrou da ação passiva para a ação política, passando da benfeitoria para o assistencialismo e, atualmente, tenciona a promover a emancipação humana. Essa mudança no comportamento filantropo é fruto da adaptação da instituição às mudanças sociopolíticas e aos fatores culturais que estruturam as sociedades nas quais estão abrigadas as inúmeras paróquias católicas pelo mundo. A própria Igreja reconhece que não é possível que todas as manifestações de seus fiéis correspondam a um mesmo padrão. Ela exige obediência somente

¹⁷ Igreja, nesse sentido, não corresponde à instituição. Assume aqui o conceito de “corpo místico de Cristo”, ou seja, as pessoas que compõem a Igreja Católica, seja fiel ordenado, consagrado ou leigo.

¹⁸ Caridade é o “vínculo da perfeição”, a expressão do amor à Deus sobre todas as coisas e do pleno amor ao próximo. É a virtude mais importante sendo a manifestação da misericórdia de Deus nos homens, sendo obrigação de todo fiel católico exercê-la. Segundo a constituição dogmática *Lumen Gentium* (1964, 14) “São plenamente incorporados à sociedade que é a Igreja aqueles que, tendo o Espírito de Cristo, aceitam toda a sua organização e os meios de salvação nela instituídos, e que, pelos laços da profissão da fé, dos sacramentos, do governo eclesiástico e da comunhão, se unem, na sua estrutura visível, com Cristo, que a governa por meio do Sumo Pontífice e dos Bispos. Não se salva, porém, embora incorporado à Igreja, quem não persevera na caridade: permanecendo na Igreja pelo ‘corpo’, não está nela com o coração”.

¹⁹ Cf. Cor 13, 13.

²⁰ Virtudes teológicas (fé, esperança e caridade), para a Igreja Católica, são origem, motivo e objeto imediato o próprio Deus, dadas ao homem pela Sua graça e, portanto, o que liga os homens a Deus. Elas fundamentam o agir cristão perante Deus e entre os homens, sendo também a expressão da misericórdia divina e o *caminho da santificação*.

ao que seu magistério indica como normas ou “verdades eternas”, que consistem no norte das ações das associações clericais e leigas.

O Povo santo de Deus participa também da função profética de Cristo, difundindo o seu testemunho vivo, sobretudo pela vida de fé e de caridade oferecendo a Deus o sacrifício de louvor, fruto dos lábios que confessam o Seu nome (cfr. Hebr. 13,15). A totalidade dos fiéis que receberam a unção do Santo (cfr. Jo. 2, 20 e 27), não pode enganar-se na fé; e esta sua propriedade peculiar manifesta-se por meio do sentir sobrenatural da fé do povo todo, quando este, “desde os Bispos até ao último dos leigos fiéis”, manifesta consenso universal em matéria de fé e costumes. Com este sentido da fé, que se desperta e sustenta pela ação do Espírito de verdade, o Povo de Deus, sob a direção do sagrado magistério que fielmente acata, já não recebe simples palavra de homens mas a verdadeira palavra de Deus (cfr. 1 Tess. 2,13), adere indefectivelmente à fé uma vez confiada aos santos (cfr. Jud. 3), penetra-a mais profundamente com juízo acertado e aplica-a mais totalmente na vida. (*Lumen Gentium*, 12).

Desde o Vaticano II, as autoridades eclesíásticas reconhecem que é necessária a associação de fiéis para que o espírito de corresponsabilidade e comunidade se erga entre os católicos²¹. Essa postura se pauta na observação, por parte da alta hierarquia católica, de que há um cenário em que a espiritualidade tem se exercido de forma individual, fora da comunidade religiosa. Espera-se do leigo a mudança de passivo receptor da mensagem do Evangelho transmitida pelos membros ordenados para sujeito ativo na evangelização, construindo boas obras em nome da Igreja, um movimento que equipara em missão os leigos e o clero.

Antes de atender a finalidade para qual foram criadas, as obras sociais católicas devem ensinar a reunião de pessoas que partilham o objetivo de difundir os propósitos do Evangelho e os dogmas da Igreja (CNBB, 2005). Em termos práticos, desde o papado de Paulo VI (1963-1978) documentos pontifícios²² começaram a tratar diretamente da missão dos leigos para a Igreja Católica, colocando os fiéis como sacerdotes²³ de Cristo e confirmando o direito dos fiéis não-ordenados de constituírem-se como associações eclesiais²⁴ de diferentes fins. Esse

²¹Cf. Código de Direitos Canônico, cân 129.

²² Os principais documentos que versam sobre o apostolado dos leigos são as cartas encíclicas *Lumen Gentium* (1964), *Gaudium et Spes* (1965), *Presbyterorum Ordinis* (1965) e *Apostolicam actuositatem* (1965).

²³ A hierarquia eclesial é mantida, uma vez que leigos são subordinados à hierarquia clerical - da qual o Papa é o líder. Em termos de função, o fiel é elevado da condição de discípulo para a de apóstolo, tendo deveres para com a missão evangelizadora. A equiparação divide o sacerdócio em dois: o clero detém o poder de ministrar os sacramentos enquanto os leigos preparam os irmãos para receber estes sacramentos.

²⁴ As associações de fiéis é a reunião de leigos e/ou clero que promovem a doutrina católica através de iniciativas de evangelização, exercício de obras de piedade e caridade, e animação da ordem temporal com o espírito cristão (Cf. cân. 298). São classificadas em pública – organizadas pela autoridade eclesíastica competente e subordinada às rígidas regras e formalidades que regem as relações com essas autoridades – e privadas – acordo particular para cumprir fins estabelecidos em sua fundação, exceto ensino da doutrina cristã em nome da Igreja ou promoção do culto público.

entendimento da doutrina esteve presente em normas postuladas pela Santa Sé desde o início do século XX, mas somente em 1983 o Código de Direito Canônico formalizou as iniciativas leigas, reconhecendo o direito de reunião dos fiéis católicos em associações. Assim também ocorreu com as obras sociais e a gestão da prática da caridade, que saíram dos domínios exclusivos da autoridade eclesial. O direito de associação entre fiéis é livre, mas movimentos e obras somente são considerados católicos se submetidos à aprovação da autoridade eclesial local, antes de estarem submetidas à autoridade civil. Mesmo em um país de maioria católica como o Brasil, não são todas as instituições sociais geridas por fiéis leigos que podem se identificar como instituição católica, se assim o desejarem. É preciso que a iniciativa tenha estatuto em plena afinidade com os cinco princípios de eclesialidade (ibidem, p.14, 15), os quais:

- o primado dado à vocação de cada cristão à santidade, de modo a ser cada vez mais instrumento de santidade na Igreja;
- a responsabilidade em professar a fé católica, no seu conteúdo integral, acolhendo e professando a verdade sobre Cristo, sobre a Igreja e sobre a pessoa humana, em obediência ao Magistério da Igreja;
- o testemunho de uma comunhão sólida e convicta com o papa e com o bispo;
- a conformidade e a participação na finalidade apostólica da Igreja, que é a evangelização, a santificação e a formação cristã dos homens;
- o empenho de uma presença na sociedade humana, a serviço da dignidade integral da pessoa humana, mediante a participação e a solidariedade, para construir condições mais justas e fraternas na sociedade.

Institucionalmente, a Santa Sé tem poucos instrumentos para penalizar as instituições voltadas para a prática caritativa de gestão leiga que se desviam dos princípios católicos determinados pelo Vaticano. Num esforço de regulamentação e promoção da “missão evangelizadora”, o Conselho Pontifício para os Leigos²⁵ dispõe sobre as associações leigas de fiéis para aprovar e reconhecer seus estatutos, promovendo aquelas com caráter internacional. Para as ações de leigos de alcance local, o Vaticano atribui às conferências episcopais nacionais a tarefa de orientar as ações sociais de fiéis católicos. Essas conferências

²⁵ O Conselho Pontifício para os Leigos é um dicastério, ou seja, órgãos especializados que auxiliam o Papa a “exercer o poder supremo, pleno e imediato sobre a Igreja universal, o Romano Pontífice vale-se dos Dicastérios da Cúria Romana. Sua função é favorecer ‘a cooperação dos leigos na instrução catequética, na vida litúrgica e sacramental e nas obras de misericórdia, de caridade e de promoção social’” (*Pastor Bonus*, 133).

estabelecem suas linhas de atuação na sociedade pelas quais atuarão os leigos que se dispuserem a realizar obras sociais em nome da Igreja.

1.3.1 A Igreja como território de cidadania no Brasil

A religião - embora com autonomia na produção de significados para os sentidos últimos da existência - não é um sistema cristalizado e auto-referenciado, à parte da sociedade moderna, como o paradigma weberiano faz crer. Essa observação é importante quando vamos tratar sobre a permeabilidade da relação entre a religião e a política, sobretudo na América Latina no contexto das eclosões dos regimes ditatoriais. Este recorte regional é importante para o entendimento da ação política católica no Brasil, uma vez que a Igreja latino-americana defendia a abertura e integração dos leigos nas ações pastorais, antes mesmo desta ser proposta no Vaticano II. O episcopado brasileiro teve liderança entre os conciliares nessa mudança de orientação da ação católica. Entre outras mudanças, o Conselho Episcopal Latino-Americano (CELAM) reforçava a posição de integrar os leigos (“Povo de Deus”) na missão evangelizadora, colocando a fé a serviço da razão.

Na reunião do CELAM em Medellín (1968), bispos de vários países latino-americanos, incluindo o Brasil, oficializaram como posição da Igreja no continente a importância de abrir-se aos leigos e aproximar-se do povo na luta contra a injustiça institucionalizada. Essa ruptura da Igreja com o poder central nos países latino-americanos foi possível porque havia crescente apoio popular contra o autoritarismo das classes políticas dominantes. Formou-se uma união eclesial de reação contra a ordem política instalada à revelia da influência religiosa. Otto Maduro (1983, p. 183) lê este cenário de autonomização de grupos subalternos no seio da Igreja Católica na América Latina como um compromisso que firma a “*continuidade* com a tradição e a *ruptura* com a dominação”. Ainda sobre o tema, Maduro afirma que

[...] também no caso de movimentos sociais contra certas formas de dominação interna – no seio de uma mesma sociedade – podem se desenvolver no interior de uma igreja, à qual pertençam dominados e dominantes, processos favoráveis à autonomia das classes subalternas. Quando toda outra forma socialmente possível de protesto contra a dominação (econômica, política, cultural, etc) se vê bloqueada por iniciativas do poder central (como, por exemplo, hoje, no Brasil, Chile e Argentina), aumentam então as possibilidades de o descontentamento das classes subalternas irromper no seio da igreja e se expressar através desta sob forma religiosa. Isto é tanto mais possível quanto mais a igreja em questão tiver visto debilitados seus laços com os setores detentores do poder central na sociedade respectiva. Em tais circunstâncias, se o descontentamento popular encontra eco no seio da igreja, é provável que o protesto consiga se organizar e desenvolver-se através da igreja respectiva,

desembocando em um movimento coletivo e prolongado de luta contra a dominação (Idem).

Para o autor, o sacerdote católico transformou-se em um “intelectual orgânico”, uma espécie de porta-voz solicitado pelas massas. Esse mecanismo de protagonismo sacerdotal no Brasil tinha como peculiaridade a parceria de leigos organizados em ministérios e pastorais para realização do trabalho de base junto à população marginalizada. Desta forma, mesmo com a rejeição, no início dos anos 1960, por parte da alta hierarquia católica de orientação conservadora, aos grupos formados no âmbito da pastoral leiga, o trabalho de base junto aos trabalhadores, pequenos produtores rurais e outros segmentos marginalizados da sociedade se intensificava dentro das paróquias no país. Estes trabalhos consistiam em frentes de emancipação de segmentos da população destituídos de direitos básicos. A formação de lideranças nesses meios seria um resultado natural do esforço de alfabetização, noções de direito e cidadania, organização de comunidades com o mesmo fim (seja comercial, geográfico ou cultural), funcionando como instrumentos para a solidificação de consciência de classe. Com forte influência marxista²⁶, iniciou-se o processo de transformação da ação católica, de provedora de necessidades imediatas à mediadora de espaços de ação coletiva.

É preciso pontuar que não só católicos – seja clero, sejam leigos – atuaram nesse movimento de organização de frentes de emancipação e promoção da cidadania entre os mais necessitados e marginalizados. Outras frentes cristãs também sinalizaram a mesma prática, favorecidos pela “fragilidade ou inoperância dos instrumentos políticos clássicos de mudança” (MONTERO, 1999, p. 328), o que coloca o campo religioso como arena de transformações sociais. No Brasil, desde os anos 1980, as questões sociais (assistência, saúde, educação e cidadania) são campos de atuação religiosa em cooperação com o Estado.

Nos anos 1980, a Igreja Católica consolidava a nova orientação teológica de estender os carismas a todos seus fiéis, ou seja, o exercício religioso para o católico – seja ordenado ou leigo – não deve estar confinado às práticas rituais do ambiente religioso. O engajamento individual do católico deve estar presente nas ações em sociedade e a obediência ao magistério da Igreja, nessas ocasiões, seria o suficiente para diferenciar os católicos dos outros indivíduos (SANCHIS, 2009). Em outras palavras, os católicos devem agir como uma comunidade a parte, cujos códigos os distinguem quando incorporados no mundo ordinário.

²⁶ Leonardo Boff (1982, p. 22) identifica a aproximação da Igreja Católica na América Latina com as ideias do materialismo como uma guinada à modernidade, caracterizada pelo alinhamento aos grupos da sociedade civil portadores da ciência, da técnica e do poder político. Foi um esforço de adequação da teologia católica ao “espírito do tempo” que, na visão desta “eclesiologia militante”, exigia uma transformação social radical.

Neste contexto, a ação política se transformou no novo lugar teológico do fiel católico - que passa a ser considerado vetor de transformação dos cenários de desigualdades sociais - naquela que ficou conhecida como “interpretação ideológica do evangelho” (BOFF, 1982; BETTO, 1985). Este movimento proposto pela ala mais progressista da Igreja na América Latina acreditava que a prática pastoral era o motor da ação militante cristã na sociedade, assumindo a política como a prática da mais perfeita caridade²⁷.

Muitos leigos e leigas, religiosos e religiosas, presbíteros e bispos assumiram um posicionamento profético que colocou em prática as opções pastorais de Medellín e Puebla, impulsionando e apoiando a Pastoral Social. Muitos pagaram com a própria vida essa busca de fidelidade a Jesus e ao povo. Todos lembramos de pessoas cujas vidas foram uma história de solidariedade e amor para com os humildes e empobrecidos. Em muitas paróquias, brotaram e consolidaram-se as CEBs e as Pastorais Sociais, nas quais a militância de muitos leigos e leigas encontrou, no serviço da caridade, a expressão madura de sua fé e a fidelidade a seu batismo. A teologia da libertação encontrou, neste contexto de vida cristã, terreno fértil para a sua reflexão sobre a Igreja dos pobres e sobre um novo jeito de ser Igreja ou, como costuma dizer Dom Pedro Casaldáliga, “o jeito normal de a Igreja ser” (CNBB, 2008, p. 33).

O argumento teológico que fundamentava a atuação política dos fiéis católicos em nome da instituição é o combate das estruturas que alimentam as relações de dominação. Estas estruturas ferem a dignidade humana, portanto eram consideradas assunto de interesse para os membros da Igreja Católica por estar em desacordo com o Evangelho. A Teologia da Libertação (TL) foi pensada como uma “terapia” que levaria à articulação entre “Reino-mundo-Igreja”, conforme proposto por seus teóricos. Isso se fazia necessário para superar os modos como a Igreja Católica atuava: distante da realidade histórica se voltada para o Reino; excessivamente mundana ao disputar espaço com outros poderes; demasiado auto-referenciada se fechada em si mesma. (BOFF, 1982).

Ao mesmo tempo em que se construía uma base teológica para a ação política (eventualmente atuação partidária), as Comunidades Eclesiais de Base (CEB's) se consolidavam como expressão de uma nova organização pastoral, alinhada com a demanda pela atuação política como resistência às opressões sofridas pelas classes trabalhadoras em busca de justiça social.

²⁷ Caridade como ação política remonta à raiz etimológica do termo (“expressão do Amor de Deus pelos homens”). É o reconhecimento que somente na ação política pode-se restaurar a dignidade humana dos grupos oprimidos - seja pelas desigualdades do capitalismo, seja pelo materialismo comunista – mesmo que isto signifique associação partidária.

São comunidades, porque reúnem pessoas que têm a mesma fé, pertencem à mesma igreja e moram na mesma região. Motivadas pela fé, essas pessoas vivem em uma comum-união em torno de seus problemas de sobrevivência, de moradia, de lutas por melhores condições de vida e de anseios e esperanças libertadoras. São eclesiais, porque congregadas na Igreja, como núcleos básicos de comunidades de fé. São de base, porque integradas por pessoas que trabalham com as próprias mãos (classes populares) [...] (BETTO, 1985, p. 17).

Os membros das CEB's encontravam no Evangelho interpretado à luz da TL a razão para sua ação social. A partir desta compreensão, passaram a integrar movimentos sociais que congregavam indivíduos de diferentes crenças, mas que se ligavam pela esperança da superação das desigualdades e como foco de resistência ao poder político opressor, argumentando que o Estado brasileiro, naquele momento, atuava como bastião de defesa dos privilégios burgueses. O caminho defendido pelos teólogos da libertação é a atuação partidária, já que nela estava o canal legítimo de expressão política da sociedade civil brasileira.

Ainda nos anos 1980, o Vaticano se posicionou contra a atuação política de membros do clero na América Latina, compreendendo a Teologia da Libertação como uma ameaça comunista infiltrada dentro da instituição Igreja Católica. A Santa Sé afirmava que situar a Igreja dentro da realidade histórica sujeita a instituição às leis do devir como o marxismo propõe, reduzindo seu papel como portadora da Graça divina que está acima e além da história e de qualquer sistema mundano. Acusava ainda que a Teologia da Libertação acirra o desejo por revoluções violentas e nega a dignidade daqueles que ou pertencem às classes sociais privilegiadas ou dos que discordam das propostas marxistas para a solução dos conflitos sociais, já que reconhece nesses indivíduos pessoas que enfraquecem o movimento de “libertação” dos oprimidos (IGREJA CATÓLICA, 1984).

No Brasil, o resultado deste posicionamento do Vaticano contra a Teologia da Libertação foi o esvaziamento das CEB's e de outros movimentos católicos orientados em direção da política partidária. Teologicamente, prevaleceu a noção doutrinal de “libertação” como renúncia ao pecado; assim, a luta de classes permanece compreendida como um resultado da conduta afastada do Evangelho e cabe à Igreja evangelizar os pecadores orientando-os em direção à Cristo, inclusive valendo-se da caridade para tal²⁸. Com a identificação da política como território mundano, nenhuma associação de fiéis católicos pode atuar politicamente em nome da instituição.

²⁸ Cf. *Instrução sobre alguns aspectos da “Teologia da Libertação”* (1984).

A disputa dentro da Igreja Católica que opôs progressistas defensores da ação política como parte da missão evangelizadora aos setores que procuravam abster-se da participação partidária gerou, entre outras consequências, uma diferenciação em relação a outras confissões cristãs: enquanto outras religiões aproveitaram a efervescência pela garantia dos direitos civis e políticos para constituírem-se como força legislativa – com representantes atuando em cargos públicos e partidos políticos –, a Igreja se faz representada na vida política brasileira participando de conselhos ou comissões legislativas sobre temas que possam ferir dogmaticamente as posições da instituição (como em discussões sobre aborto ou divórcio), permanecendo protagonista nas questões públicas, mas afastada das questões partidárias.

1.3.2 Atuais possibilidades de associações de fiéis no espaço público brasileiro

A atuação da Igreja Católica no Brasil se aproxima do Estado em quase todos os setores da vida social, mas é na questão social que essas duas entidades se confundem. Paula Montero (2012, p. 173) explica que esse poder confessional (sobretudo cristão) na esfera pública é legitimado pela sua natureza de coesão social comunitária, natureza esta que Otto Maduro (1983) já compreendia como característica das religiões reforçada no contexto de desigualdades que marcam a América Latina. Esse poder de coesão já existia antes mesmo dos pátios e salões da Igreja Católica servirem como centro de reuniões das Comunidades Eclesiais de Base ou das Pastorais Sociais²⁹.

Após o enfraquecimento das CEB's e de quaisquer grupos políticos católicos orientados para a luta de classes, se popularizou as associações de fiéis e as comunidades de fé, que mantiveram a dinâmica laica e pouco institucionalizada³⁰ em suas atuações. Essas comunidades se diferenciam daquelas inspiradas no marxismo e na Teologia da Libertação por constituir-se como modelo de uma sociedade pautada na “verdadeira” vivência do Evangelho. O objetivo dos indivíduos que as integram é transformar a própria vida em testemunho de que é possível viver segundo os ensinamentos da Bíblia e da doutrina católica.

²⁹Além dos organismos, as Pastorais da Mobilidade Humana e a Comissão do Mutirão pela Superação da Miséria e da Fome, existem dez Pastorais Sociais específicas: Pastoral Operária; Pastoral do Povo de Rua; Conselho Pastoral dos Pescadores; Pastoral dos Nômades; Pastoral da Mulher Marginalizada; Pastoral da AIDS; Pastoral da Saúde; Serviço Pastoral dos Migrantes; Pastoral Afro-brasileira; Pastoral Carcerária.

³⁰ Cf. MARIZ, 2005b, p. 254.

Cecília Mariz afirma que as comunidades não têm sido sistematicamente registradas pelas paróquias e dioceses graças ao referido comportamento laico e não institucional. Nas pesquisas dessa dissertação observamos que a existência dessas comunidades não passa despercebida pelas instâncias oficiais da Igreja Católica. Na impossibilidade de vetar antecipatoriamente a associação entre fiéis, o comportamento da Igreja Católica a este respeito é a imposição de regras rígidas para que essas comunidades e associações possam se apresentar publicamente como católicas. As associações que permitem a participação dos leigos são objeto de intensa regulamentação e fiscalização pelo Pontifício Conselho para os Leigos, um órgão da Cúria Romana específico para o assunto.

As comunidades consistem em uma vivência radical dos valores católicos e, para tal, exige a ruptura com os valores da sociedade mais ampla. Em lugar da classe social, o que conecta seus integrantes é a afetividade nascida da busca por um objetivo de vida comum, com origem na mesma fé (CARRANZA, 2000; MARIZ, 2005b).

A Igreja Católica atravessou o período de redemocratização brasileira fornecendo mais do que arranjos organizacionais de ações sobre demandas sociais. Apesar da firme orientação teológica do Vaticano no sentido de coibir a participação política em nome da Igreja Católica, a instituição está presente na esfera pública como um grupo de impacto relevante em discussões de marcos associativos e mobilizatórios. O efeito dessa presença católica intensa no espaço público reflete em benefício institucional, preservando a influência assimétrica da Igreja Católica nas decisões governamentais quando comparada a outras confissões. Contudo, também impõe tensões sobre os agentes católicos que participam dessas esferas de decisões seculares, uma vez que o impacto de seus posicionamentos em temas controversos – em que nem sempre é possível reconciliar a doutrina com as demandas públicas – pode ser contraditório em relação ao posicionamento oficial da instituição (BURITY, 2009, p. 191-192).

A CNBB reconhece que o cenário político atual é muito diferente dos anos 1980, num momento que não há, de forma explícita, repressão ou modelo autoritário de governo. Em seus posicionamentos, a CNBB assume que a democracia ainda é uma instituição frágil e a cidadania não é acessível a todos os segmentos da sociedade brasileira. A Igreja Católica proíbe clero e leigos de participarem da vida político-partidária em nome da instituição, mas compreende a importância da atuação social de seus fiéis como alternativa para promover cidadania. Essa fronteira entre fazer política (como parte do “jogo político”) e ação política (atuação para garantir direitos aos excluídos) não é bem marcada. A CNBB reconhece as Pastorais Sociais como serviços evangelizadores que tem a ação política como parte de suas atividades. Segundo o documento “A missão da Pastoral Social”, publicado em 2008, as pastorais – diferentemente das ligas católicas da década de 1960 – não se pretendem movimento social, tampouco se autonomizar em relação à própria Igreja (CNBB, 2008, p. 18,19).

Dogmaticamente a Igreja Católica pretende estar acima dos paradigmas sociais que definem as formas pelas quais os governos se estabelecem ou da posição política que os orienta, imperando a lógica agostiniana de que o reino de Deus é do céu (espiritual) e não faz na Terra. As exortações papais tendem a valorizar iniciativas que tragam a justiça social entre os homens, promovendo autonomia e condições dignas de vida a todas as pessoas. A

contradição dessa prerrogativa é que a Igreja como instituição está situada – e interfere – em contextos políticos dos mais variados, incluindo aqueles que não dizem respeito somente a seu corpo de fiéis. Mesmo com a proibição do envolvimento direto do clero com postos de autoridade civil, algumas iniciativas que visam promover a cidadania acabam tendo resultado político, ora sendo resistência a alguma situação de injustiça social³¹, ora atuando dentro de esferas legislativas do poder público na discussão de temas de interesse social, em uma prática semelhante ao *lobby*.

1.4 A Igreja e as Drogas

Alinhada às questões que mobilizam a sociedade, a Igreja Católica há algum tempo vem se preocupando com o uso abusivo de substâncias psicoativas. O controle de si é apreciado como virtude, pois é dele que o homem pode diferenciar as coisas/ações boas, más e indiferentes – as três categorias que o magistério ensina. Algumas substâncias psicoativas, entre elas o álcool, são indiferentes quando seu uso é parcimonioso e em situações recreativas e, neste caso, não é pecado seu consumo. Outras substâncias psicoativas são consideradas más, tanto porque são consideradas ilegais pelas autoridades civis quanto pelo estado de descontrole que seu uso, mesmo moderado e eventual, supostamente conduz o usuário.

A partir da observação dos efeitos físicos e psicológicos sobre os usuários e o impacto social decorrente de seu comércio (tráfico, violência, exploração, etc), a percepção da Igreja é a de que as drogas são um problema social. Esse ponto de vista permeou alguns documentos papais durante o século XX e o discurso contra o consumo de substâncias psicoativas foi intensificado desde o Concílio Vaticano II. No Concílio, a Igreja entendeu que deveria rejeitar e lutar contra tudo o que fere a integridade e a dignidade humana – e as drogas são consideradas um dos principais problemas que ferem esses princípios. Não havia, à época do Concílio, o mesmo entendimento da extensão do problema que as drogas representam como há hoje. Mas estavam lançadas na ocasião as bases que levam a Igreja a se opor institucionalmente contra as drogas, considerando que

[...] são infames as seguintes coisas: tudo quanto se opõe à vida, como seja toda a espécie de homicídio, genocídio, aborto, eutanásia e suicídio voluntário; tudo o que viola a integridade da pessoa humana, como as mutilações, os tormentos corporais e mentais e as tentativas para violentar as próprias consciências; tudo quanto ofende a dignidade da pessoa humana, como as condições de vida infra-humanas, as prisões arbitrárias, as

³¹ O trabalho missionário de membros ordenados junto a ribeirinhos e indígenas já fez inclusive vítimas fatais de confrontos contra membros poderosos da sociedade, como o caso da irmã Dorothy Stang assassinada em 2005 por motivações políticas.

deportações, a escravidão, a prostituição, o comércio de mulheres e jovens; e também as condições degradantes de trabalho; em que os operários são tratados como meros instrumentos de lucro e não como pessoas livres e responsáveis. Todas estas coisas e outras semelhantes são infamantes; ao mesmo tempo que corrompem a civilização humana, desonram mais aqueles que assim procedem, do que os que padecem injustamente; e ofendem gravemente a honra devida ao Criador (GAUDIUM EST SPES, 1965).

Na época, o papa Paulo VI (1963-1978) demonstrava preocupação com o envolvimento dos jovens com as drogas, mas se pronunciava abordando a necessidade dos católicos atentarem para uma transformação na sociedade que colocava o individualismo e a perda de valores espirituais como fatores que poderiam levar jovens à um caminho de vícios. Mas somente quando as pesquisas médicas e sociais avançaram a ponto de descortinar as consequências dos efeitos das drogas na sociedade e do uso abusivo sobre os consumidores, a partir dos anos 80, é que a Igreja Católica adota um posicionamento institucional sobre a questão.

O papa João Paulo II (1978-2005) foi o pontífice que se pronunciou sistematicamente sobre o tema, posicionando a Igreja Católica em debates polêmicos como o da legalização das drogas, criminalização do consumo e recuperação dos dependentes. Esse foco passou a ser mais incisivo de acordo com que as políticas de repressão ao tráfico de drogas recrudesciam ao redor do mundo e suscitavam debates sobre estatísticas de crimes, patologias relacionadas à dependência e custos para os governos decorrentes das políticas públicas de combate às drogas. Em 1997, João Paulo II deu ao Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde a missão de criar um manual que orientasse clero e leigos sobre ações de prevenção e cuidado, orientados pela expectativa de que sem demanda por drogas não há oferta para consumo. Das experiências coletadas ao redor do mundo por esse grupo de pesquisa informal convocado pelo Pontífice, foi realizado, em outubro do mesmo ano, o simpósio “Solidários pela Vida”. Das diretrizes estabelecidas no evento, João Paulo II retirou as bases para as mensagens enviadas à Organização das Nações Unidas (ONU), à Organização Mundial de Saúde (OMS) e ao Observatório Europeu de Drogas e da Toxicodependência (OEDT), reafirmando a posição do Vaticano contra a liberação das drogas e a importância do tratamento digno oferecido aos dependentes químicos.

Enfim, em 2001, o manual “Igreja, drogas e tóxico-dependência” foi lançado para orientar a criação de pastorais objetivas para a abordagem do tema em cada diocese, especialmente nas regiões afetadas pelas drogas. Esta publicação ainda é utilizada como referência nas iniciativas pastorais e de obras sociais que trabalham com dependentes

químicos ou por outros segmentos afetados pelo consumo e pelo tráfico de drogas. No manual está sistematizado todo o pensamento da Santa Sé sobre o tema, que utiliza estudos de saúde e sociais para amparar suas diretrizes. Apesar de observar aspectos das políticas contra drogas de órgãos internacionais como a ONU e a OMS (que recomendam políticas de redução de danos), a Igreja Católica somente permite que as iniciativas associativas de fiéis, públicas ou privadas, desenvolvam seus trabalhos com dependentes químicos e outras populações afetadas pelas drogas caso sua atuação esteja de acordo com os princípios de sua doutrina, que é totalmente contra a circulação ou consumo de drogas mesmo que regulamentado por instituições civis.

1.4.1 O que pensa atualmente a Igreja Católica sobre as drogas?

João Paulo II sistematizou em pronunciamentos, documentos papais e em manual o entendimento que a Igreja Católica tem sobre as drogas, a partir dos estudos realizados por profissionais de saúde, assistência social, educação, sociologia e de especialistas em segurança pública. Esses documentos recomendam que a atitude do fiel em relação às vítimas³² do tráfico de drogas deve ser de misericórdia, evitando julgamentos e rótulos que em nada crescem a dignidade da pessoa a ser acolhida. Embora o fato de perder o controle de si devido ao consumo de entorpecentes seja considerado uma atitude má (“pecado”), a Igreja considera que os dependentes químicos são doentes que merecem cuidados e misericórdia dos fiéis católicos. Estes, por sua vez, têm a missão acolhe-los e restaurar sua dignidade através do Evangelho. A Igreja orienta que seus fiéis devem trabalhar em frentes de prevenção e cuidados – deixando a repressão para o poder público – que apresentem o estilo de vida cristão como alternativa aos “vazios existenciais” que encaminham as pessoas às drogas. É função das iniciativas católicas que lidam com dependentes químicos, suas famílias ou mesmo em regiões afetadas pelas drogas apresentar a solução para as consequências físicas do uso de drogas e trazer essas pessoas a um caminho agradável aos olhos de Deus.

A Igreja entende as drogas como matéria de seu domínio porque reconhece a adicção como patologia do corpo que deve ser compreendida do ponto de vista médico e científico,

³² A Igreja Católica entende que o mal das drogas começa na disponibilização do produto. Todos os outros elos da cadeia são vítimas, sejam os próprios usuários e suas famílias, sejam aqueles indiretamente afetados pela violência, prostituição e miséria decorrente das ações de tráfico.

mas que a causa do abuso dessas substâncias são decorrentes de patologias do espírito³³. A Igreja não atua sobre as drogas, pois entende que no centro dos discursos sobre as drogas está o homem, uma vez que o consumo de substâncias psicoativas é apenas o sintoma da falta de amor e de esperança, ausências estas que retiram sentido da vida humana.

Ao fenômeno da toxicodependência, a Igreja responde com uma mensagem de esperança e um serviço que, para além dos sintomas e do comportamento das pessoas, se dirigem ao próprio coração do homem; ela não se limita a eliminar o mal-estar, mas propõe itinerários de vida. Situa-se num nível que tem em conta a visão precisa que tem do homem, a qual a leva a indicar os valores da vida. Sua missão evangélica: anunciar a boa nova. *Ela não assume nenhum tipo de suplência a outras instituições ou instâncias humanas* (CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE, 2006, p.50, grifo nosso).

Se do ponto de vista ético a Igreja Católica recrimina o uso de drogas por associá-las a condições que levam o homem a falta de discernimento e a perda de sua dignidade, do ponto de vista legal e político a Igreja endossa a frente que é contra a legalização das drogas consideradas “leves”. Esse posicionamento se baseia em uma constatação científica sobre a dependência química: a Igreja acata a visão de que o potencial aditivo das substâncias psicoativas varia não só entre as substâncias, mas também de organismo para organismo, postulado que hoje é praticamente consenso científico sobre o tema. Como não é possível saber de antemão qual pessoa será mais vulnerável ao consumo abusivo de drogas, a Igreja recomenda que não seja possível a oferta dessas substâncias, ainda que legalmente. Neste caso, a redução de danos para a coletividade não pode se sobrepor a uma única vida “escravizada” pelas drogas (MILLEN; MILLEN, 2013).

O trabalho desenvolvido por leigos, consagrados e ordenados junto aos adictos sempre foi aclamado pela Santa Sé. Ainda em setembro de 1978, o papa João Paulo I (1978) já se dirigia aos representantes de comunidades terapêuticas sobre a importância do carisma da esperança no trabalho das pessoas que abdicam dos interesses pessoais para cuidar dos dependentes químicos. O sumo pontífice contou em pronunciamento³⁴ direcionado aos participantes do Congresso Internacional das Comunidades Terapêuticas que conheceu as comunidades em Veneza (Itália) antes de ser tornar papa. Diante da necessidade do projeto para o resgate de pessoas, o pontífice assumiu o compromisso de promover a iniciativa e auxiliar os que se dedicavam a esta missão. João Paulo II continuou esta missão em seu

³³Cf. discurso “*Tossicodipendenza e alcoolismo frustrano la persona próprio nella sua capacità di comunione e di dono*” de João Paulo II (1991).

³⁴Cf. Audiência geral, 20 de setembro de 1978.

pontificado, destacando que são importantes iniciativas de exercício do carisma da esperança – aquele que guia o olhar dos que se dedicam a recuperação de dependentes químicos para trabalhar no difícil caminho de recuperação da dignidade dessas pessoas – e via com entusiasmo a possibilidade de um método de recuperação que não substitui o vício em drogas pela dependência de outras substâncias lícitas ou ilícitas³⁵. Apesar do reconhecimento papal do trabalho realizado pelas CT's ainda nos anos 1970, não é possível afirmar que há uma relação administrativa entre setores institucionais da Igreja Católica (seja no nível paroquial ou da Santa Sé) e estas comunidades. Nos pronunciamentos pontifícios, o trabalho das comunidades terapêuticas sempre é citado como uma das frentes de trabalho evangelizador, movidos pela caridade da comunidade eclesial.

É preciso lembrar que a Igreja Católica se pensa “no mundo” através de seus fiéis. Desde os anos 1940, intelectuais cristãos envolvidos nas oposições ao regime totalitário espanhol elaboram a noção da ação individual³⁶ como extensão institucional, diferenciando as opções individuais de ação política feita por cristãos, sintetizada como “agir *como* cristão”, das ações institucionais da Igreja, compreendidas como “agir *enquanto* cristão” (SOUZA, 2004). Essa diferenciação, nascida da necessidade de criação de partidos de resistência política, foi incorporada paulatinamente no magistério da Igreja Católica. As dimensões do agir “como” ou “enquanto” cristão são complementares: as ações e posicionamentos expressos nos documentos da Santa Sé e das entidades episcopais tem a função de alinhar as condutas que caracterizam e posicionam a Igreja Católica como instituição em relação a qualquer tema, seja secular ou temporal. É da necessidade de unidade institucional que se origina as restrições sobre a grupos católicos de se posicionarem como organismos “oficiais” da instituição.

Desde os anos 1980, a Santa Sé cobra dos chefes de Estado soluções que acabem com a circulação de drogas e demanda que os fiéis pratiquem ações de caridade voltadas para a restauração da dignidade dos dependentes químicos como parte de sua missão evangelizadora. Nesse sentido, as comunidades terapêuticas foram diretamente impactadas, se constituindo como experiências práticas da proposta institucional católica, que prega uma sociedade sem drogas (incluindo o álcool e o tabaco)³⁷. Apesar de não mencionar as CT's especificamente, o

³⁵ Cf. *Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti all'VIII Convegno Mondiale delle Comunità Terapeutiche* (1984).

³⁶ Ação individual tem sentido amplo, sendo ação do indivíduo em suas condutas diárias e também ação desvinculada institucionalmente da Igreja, que neste caso pode ser de um grupo ou individual. Elas não são mutuamente excludentes e precisam estar de acordo com a doutrina exposta no Magistério da Igreja para que de fato configurem em testemunho cristão.

³⁷ Os fármacos são utilizados com parcimônia, somente sob orientação médica.

pontificado de Bento XVI (2005-2013) foi importante para este tipo de iniciativa, resignificando a caridade como uma ação de natureza pública. Ela deve ser a virtude que media as relações humanas (políticas, econômicas, sociais, etc), sendo fundamental para atingir o bem comum com mais eficiência do que qualquer ideologia política ou econômica³⁸.

A disposição para o diálogo interreligioso resultou em um documento que a Igreja Católica na figura do Conselho Pontifício para o Diálogo Inter-religioso (PCID), o Conselho Mundial das Igrejas (WCC) e, a convite do WCC, a Aliança Evangélica Mundial (WEA), estabelecessem um conjunto de recomendações de conduta para o testemunho Cristão para as missões. Há um dispositivo específico que veta os cristãos de se aproveitar da condição de vulnerabilidade dos indivíduos e de sua necessidade de cura para a conversão. Portanto, as instituições voltadas para a cura - incluindo as comunidades terapêuticas - não podem funcionar com tal finalidade (PCID; WCC; WEA, 2011, 5).

A iniciativa de João Paulo II perdurou até o fim de seu pontificado e foi seguida pelos seus sucessores, o papa emérito Bento XVI e o papa Francisco (2013-atual). Diante da postura progressista que Francisco apresenta perante temas polêmicos na Igreja – como relações homoafetivas e divórcio – existe uma grande expectativa sobre o posicionamento que o sumo pontífice dará a Igreja sobre as drogas, mesmo porque a posição contra a legalização de drogas “leves” é considerada conservadora e moralista por especialistas de diferentes setores. Mesmo assim, desde o início de seu pontificado, o pronunciamento do papa acerca das drogas permanece fiel ao que João Paulo II pregou: compaixão pelos dependentes e suas famílias, combate incansável aos “mercadores da morte”³⁹, promoção da esperança e da dignidade humana para diminuir o desejo pela droga e busca pelo fim do mercado – lícito ou ilícito – dos psicoativos.

Para as comunidades terapêuticas católicas brasileiras, Francisco representou novo fôlego a caminho da legitimidade dessas instituições diante da sociedade. Bento XVI já havia visitado uma das unidades da Fazenda da Esperança no ano de 2007, mas não deu destaque ao trabalho das CT's em outros pronunciamentos de seu pontificado. Na ocasião da visita ao Brasil, em junho de 2013, Francisco fez questão de visitar a ala de recuperação de dependentes químicos do hospital São Francisco de Assis, no Rio de Janeiro. O papa afirmou em pronunciamento na ocasião que a luta contra a dependência química não passa despercebida aos olhos da Igreja. Desde então, o pontífice tem dado destaque frequente às comunidades terapêuticas: ainda em 2013, um representante da comitiva papal no Brasil

³⁸ Carta encíclica *Caritas in veritate* (2009).

³⁹ Alcinha dada por João Paulo II aos traficantes e que tem sido utilizada com frequência por Francisco.

visitou a comunidade terapêutica Divina Cruz (Araruama, RJ)⁴⁰; em 2016 o papa realizou uma visita não programada a CT romana San Carlo⁴¹, além de realizar um pronunciamento especial para os jovens da Fazenda da Esperança, em virtude da reunião com os membros fundadores da instituição⁴². Nessas e em outras ocasiões em que se posicionou sobre drogas, Francisco tem destacado o papel dos leigos e religiosos que se dedicam ao trabalho de recuperação dos dependentes químicos, com ênfase na importância das comunidades terapêuticas. Ele associa essas iniciativas como ações de caridade que também são testemunhos da viabilidade da proposta cristã de superação dos valores mundanos que divergem do Evangelho.

1.4.2 Iniciativas católicas de atendimento ao dependente químico no Brasil

A Igreja Católica no Brasil sempre abrigou iniciativas com objetivo de auxiliar dependentes químicos no processo de recuperação do vício em drogas e álcool. Nos salões paroquiais se instalaram as primeiras iniciativas de grupos de apoio como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) que até hoje são referências de apoio para dependentes e familiares, independente da religião que estes indivíduos professam. Posteriormente, as pastorais começaram a acolher usuários de drogas em condições de vulnerabilidade, como moradores de rua e frequentadores de bocas de fumo; por fim, no fim dos anos 1970 surgem as primeiras comunidades terapêuticas católicas por iniciativa do padre Haroldo Rahm, com a proposta de profunda imersão no modelo de vida comunitária cristã como caminho para sair da condição de dependente químico.

Marcadas pela presença religiosa em sua administração e em seus métodos, as comunidades terapêuticas rapidamente se difundiram pelo Brasil. A primeira CT católica do país foi a "Fazenda do Senhor Jesus", em Campinas, interior de São Paulo, sob coordenação do padre Haroldo Rahm. Assim como sua predecessora evangélica (*Desafio Jovem*, Goiânia, 1968), a iniciativa de Rahm nasceu do apelo de familiares de jovens envolvidos com drogas que não encontravam suporte do poder público para recuperar seus entes (FRACASSO, 2008).

A proposta de Rahm era aproximar esses jovens das características comunitárias atribuídas aos cristãos primitivos e que os grupos de oração que deram origem à Renovação Carismática Católica (RCC) buscavam resgatar. A metodologia de trabalho consistia em

⁴⁰ Cf. *Representante do Papa Francisco visita Comunidade Terapêutica Católica de Araruama* (2013).

⁴¹ Cf. *Papa Francisco visita comunidade de recuperação para toxicômanos* (2016).

⁴² Cf. *Fazenda da Esperança: obra de misericórdia corporal e espiritual* (2016).

transformar a experiência íntima de comunhão com Deus através do recebimento dos carismas. Posteriormente, Rahm se desliga da RCC por discordar da aproximação do movimento das hierarquias clericais, mas o religioso manteve em seus projetos de recuperação dos dependentes químicos o tripé de trabalho presente desde a fundação dos primeiros grupos de oração: aprofundamento na doutrina, oração pessoal e ação assistencial (CARRANZA, 2000). Esse valor atribuído aos carismas também são centrais para as outras experiências de CT's, incluindo a Fazenda da Esperança, objeto deste estudo. Além da ausência de alternativas governamentais para recuperação da dependência química, outros fatores para a expansão dos modelos das CT's dentro de comunidades religiosas foram a oportunidade evangelizadora decorrente da imersão em um novo estilo de vida e disponibilidade de mão-de-obra voluntária engajada nos propósitos do projeto.

Nas últimas três décadas foram intensificadas as frentes de atuação católicas junto aos dependentes químicos. Foram promovidas pastorais e outras associações de fiéis que, nos trabalhos de cuidados desenvolvidos com os usuários e de prevenção desenvolvidos com outros públicos, seguem as diretrizes da Santa Sé sobre a dependência química e suas consequências na sociedade. O histórico desta atuação se deu em três frentes principais, sendo a primeira, na atuação da CNBB junto aos médicos psiquiatras reformistas que preconizavam que grupos de usuários abusivos de substâncias químicas e entorpecentes não deveriam ser alijados involuntariamente do convívio social; a segunda, na ação de presbíteros e pastorais junto à população de rua ainda nos anos 1980, buscando acolher e fornecer sentido de vida aos dependentes químicos a partir do evangelho; e por fim, na formação de Comunidades Terapêuticas – casas de acolhimento para tratamento da dependência sob a luz do Evangelho, com foco na espiritualidade e no trabalho como restaurador da dignidade do indivíduo.

Apesar das iniciativas por parte de fiéis organizados nas paróquias serem historicamente frequentes, somente no fim dos anos 1990 a CNBB realizou um esforço direcionado para criar uma diretriz nacional de atuação para a recuperação de dependentes químicos. Foi realizado em junho de 1997 o Primeiro Encontro Nacional de Comunidades Terapêuticas, realizado na cidade de Lins, interior de São Paulo. Deste encontro, nasceu a ideia da Pastoral de Prevenção e Recuperação em Dependência Química, que teve a Equipe Nacional responsável pela sua implantação eleita um ano depois, na ocasião do segundo encontro nacional de CT's promovido pela CNBB. Desse encontro, surgiu também a demanda de apoio do episcopado brasileiro ao trabalho pastoral de prevenção e atendimento ao usuário de drogas, criação de uma comissão de bispos de pesquisa específica para propor soluções aos

desafios encontrados pelas pastorais da sobriedade e uma Campanha da Fraternidade (CF) dedicada exclusivamente à temática das drogas (demanda atendida em 2001)⁴³.

A CF de 2001 pode ser considerada um marco para a atuação institucional da Igreja Católica no Brasil, consistindo em reforço da posição da Santa Sé sobre a necessidade de combate ao uso de drogas. Mais do que isso, a partir da Campanha foi produzido um extenso material destinado à orientação das ações das pastorais e de outros grupos leigos e religiosos que atuam em atividades de prevenção e recuperação de dependentes químicos. A CF foi um posicionamento objetivo da Igreja Católica no Brasil sobre as drogas, uma vez que as ações de prevenção e combate eram fragmentadas. Nessa época, algumas autoridades católicas sobre o tema se estabeleceram à margem das disposições institucionais no Brasil. Destaca-se, como referências nesse sentido, os padres Júlio Lancelotti e Haroldo Rahm, que tinham reconhecimento público pelo tempo dedicado aos dependentes químicos, mas não constituíam autoridade formalmente designada pela Igreja Católica para responder sobre o tema em nome da instituição.

Antes da CF, as dioceses já tinham como responsabilidade observar os estatutos de associações privadas de fiéis e dos trabalhos das pastorais, verificando se estas organizações desenvolviam seus trabalhos sem se desviar das recomendações da doutrina. Esse trabalho de “fiscalização” abrangia as pastorais da sobriedade, as comunidades terapêuticas católicas e outras iniciativas de fiéis que atuavam junto aos dependentes, suas famílias e a comunidade, zelando para que a espiritualidade fosse desenvolvida e a cura para o vício ocorresse em consequência da descoberta da misericórdia de Deus. Este trabalho era realizado, em geral, pelas paróquias que promovem campanhas educativas e de arrecadação para as iniciativas de recuperação de usuários de drogas. Contudo, não havia um dispositivo nacional que servisse de orientação institucional dos posicionamentos sobre a questão das drogas e das terapias que a Igreja Católica seria capaz de ofertar. Tampouco existia alguma mística complementar à caridade que integrasse o dependente químico dentro da ordem católica.

Chama atenção que as orientações disponibilizadas na CF abrangem mais do que as substâncias psicoativas. As mazelas da sociedade contemporânea são identificadas como resultado de uma cultura hedonista e consumista, em que os indivíduos buscam prazeres imediatos a qualquer preço.

A terceira e última advertência que fazemos aos multiplicadores da CF 2001 é no sentido de se darem conta que a realidade do narcotráfico não vai mudar

⁴³ A CF de 2001 teve como tema “Vida sim, drogas não”. Em seu manual está contido material de referência e apoio para que as paróquias em todo Brasil reafirmem o que a Santa Sé alinhou como diretrizes para trabalhos de prevenção ao uso de drogas e cuidados com dependentes químicos e suas famílias.

sem a nossa intervenção, seja como pessoas, seja como grupos sociais. E, mais grave ainda, se as coisas chegaram aonde estão é porque, de alguma maneira, nós permitimos.

Somente quem se dá conta deste fato, é capaz de avaliar suas atitudes pessoais e se converter. As mudanças começam em nós, enquanto pessoas, quando somos capazes de assistir menos televisão, tomar menos bebida alcoólica, parar de fumar... ou eliminar qualquer que seja a nossa conduta viciada, a saber, que dá falsas sensações de bem-estar, sendo que, na realidade, estraga a saúde e vida da pessoa e do grupo ao qual ela pertence (CNBB, 2001, p. 31).

Ao longo do documento, os saberes médicos ou sociais não são negados. Eles são complementares à ideia central de que a técnica não é suficiente tanto para acabar com a circulação das drogas, quanto para recuperar aqueles que já se encontram dependentes. A proposta é que a vivência da fé deve se sobrepor à técnica, guiando as atuações de profissionais que se relacionam com a questão das drogas. Esta postura não significa converter indivíduos sob coação psicológica ou física (mesmo porque a crença da Igreja é que a conversão somente é realizada pelo Espírito Santo). A ideia é valorizar o trabalho evangelizador, em que profissionais ou missionários ajam primeiro guiados pela misericórdia perante aqueles que se tornaram dependentes e perderam a dignidade humana neste processo.

Dentro das dioceses, a CNBB regulamentou a execução e expansão dessas ações antidrogas, cuidando para que todas as dioceses brasileiras desenvolvessem as atividades em torno do tema sem se dispersar da doutrina católica e das recomendações do Vaticano. Essa organização permite que as dioceses desenvolvam suas ações voltadas para as características e demandas locais, visando eficiência das ações pastorais. No documento da CF de 2001, a recomendação é que as pastorais acolham os indivíduos que necessitam de ajuda, sem que sua condição no momento do contato, a vida pregressa ou suas crenças sejam impeditivos na prestação de auxílio para os dependentes. Isto faz parte da mística do agir católico: a humildade em reconhecer que o serviço pastoral é apenas um vetor para a manifestação da misericórdia de Deus, fazer-se pequeno para que os destituídos de dignidade tenham voz e protagonismo na própria recuperação:

Motivados pela práxis de Jesus, cremos firmemente que, no Reino de Deus, o maior é o que serve e lava os pés. Enviados por Deus, os agentes da Pastoral de prevenção e Recuperação em Dependência Química procuram ser abertos e cordiais, prontos a dar o primeiro passo e acolher, com bondade, respeito e paciência. Tendo presente o mistério da encarnação, se visa sempre a integração fé-vida. Baseados nas atitudes de Jesus, procura-se valorizar aquilo de que os dependentes são mais capazes do que outros: a experiência da própria vida. Procura-se dar voz e vez para que se expressem. Tendo presente que Jesus é o caminho, procura-se proporcionar aos dependentes a descoberta do sentido da vida e a unificação das suas múltiplas experiências em torno de um novo projeto de vida, alicerçado em

novos valores. Procura-se não dramatizar os fatos. Na medida em que os dependentes vão se abrindo à comunhão com os outros, a história, a natureza em com Deus, vão experimentando a força da comunhão que salva. Da experiência religiosa, se passa ao anúncio do Cristo vivo (Idem, 2001, p.19).

As comunidades terapêuticas também foram mencionadas no documento como modelo de sucesso no fornecimento do estilo de vida necessário para a ruptura com “*anticultura da morte*”⁴⁴, conforme proposto pela Igreja Católica. A Fazenda da Esperança foi citada como exemplo de sucesso, com destaque para o resumo do histórico da atuação de seu fundador, frei Hans Stapel, e um breve depoimento de um interno da instituição. Chama atenção à ênfase dada a redefinição da identidade pessoal mencionada pelo depoente como um valor positivo e distinto de conversão ao catolicismo. Aliás, não se fala em conversão, mas em “nova experiência”:

NOVO “SER”

Após ter ficado internado e ter o privilégio de trabalhar (voluntariamente) nesta instituição, hoje com 2 anos e alguns dias em busca da minha sobriedade, e com muita alegria trabalhando na área da dependência química quero compartilhar com vocês leitores o que estou sentindo neste momento.

Vejo o viciado como um "buscador" mal orientado, um SER em busca de prazer e hoje sei que este tipo de busca é extremamente positiva, só que procura nos lugares errados, mas busca algo extremamente importante e não desconsidero o significado desta busca. Inicialmente pelo menos queremos experimentar alguma coisa maravilhosa, algo que transcenda uma realidade cotidiana insatisfatória ou até intolerável.

Hoje não sinto vergonha deste impulso, por que sei que ele me forneceu a base para a verdadeira esperança e autêntica transformação.

Não me orgulho do vício, mas ele representou a aspiração em direção a um nível mais elevado de experiência.

Tenho experimentado o meu SER na certeza de estar presente como um observador, contemplando o existir, o fazer parte deste universo MARAVILHOSO que é a VIDA.

Aprendendo a ser o canal para a vida e saber que não preciso mais monitorar o prazer e que a dor do passado trouxe o saber do presente.

E neste meu novo caminho, estou ouvindo e seguindo o meu coração.

L.A.F.J. – Jundiá – SP (CNBB, 2001, p.80, grifos do autor).

Como veremos no capítulo 3 desta dissertação, a metodologia das comunidades terapêuticas ou mesmo das ações pastorais não implicam em cura para o vício, tampouco em conversão à fé católica. Fala-se em “redefinição do ser”, adesão a uma nova identidade e até mesmo estilo de vida. A recuperação não é da dependência química, mas da vida distante do Evangelho e imersa no pecado. A dependência química não é considerada para a Igreja Católica como uma doença apenas do corpo. Ela é tratada como o sintoma da ação do Mal no mundo e do desligamento do indivíduo da verdade de Deus. A recuperação é possível pela

⁴⁴ Terminologia utilizada no “Subsídio sobre o tema drogas”, da CF 2001.

Graça, compreendida como manifestação do Espírito Santo na vida do indivíduo amparando-o no despertar deste para a vida nova. O “abandono”⁴⁵ da dependência química é o resultado esperado quando a vivência do Evangelho é sincera.

Em 2001, quase uma década antes da incorporação das CT's dentro das políticas do Estado brasileiro, já havia uma preocupação com a laicidade dos métodos utilizados em instituições católicas. À época, existia a convicção de que as instituições de recuperação devem apresentar um programa que contemple todos os indivíduos, independente do histórico de vida ou da fé manifestada antes ou durante a permanência na CT. Essa perspectiva vem do princípio que a adesão à fé é pessoal⁴⁶, compreensão trabalhada pelos grupos católicos antes mesmo da existência de precedentes na legislação brasileira que criminalizam a conversão a qualquer crença por meios coercitivos. A doutrina católica não reconhece a profissão de fé daqueles que foram obrigados ou constrangidos à conversão por outros meios que não a própria consciência.

Para ser humana, “a resposta da fé, dada pelo homem a Deus, deve ser voluntária. Por conseguinte, ninguém deve ser constrangido a abraçar fé contra vontade. Efetivamente, o ato de fé é voluntário por sua própria natureza”. “É certo que Deus chama o homem a servi-Lo em espírito e verdade; mas, se é verdade que este apelo obriga o homem em consciência, isso não quer dizer que o constranja [...]. Isto foi evidente, no mais alto grau, em Jesus Cristo”. De facto, Cristo convidou à fé e à conversão, mas de modo nenhum constrangeu alguém. “Deu testemunho da verdade, mas não a impôs pela força aos seus contraditores. O seu Reino [...] dilata-se graças ao amor, pelo qual, levantado na cruz, Cristo atrai a Si todos os homens”. (CIC, 160).

Atualmente, todo o trabalho da Igreja Católica no Brasil em relação às drogas é coordenado pela Pastoral da Sobriedade, agregando os trabalhos de comunidades terapêuticas, ações missionárias e campanhas preventivas. Sua missão é desenvolver ações de prevenção ao consumo de drogas, intervir junto aos usuários recreativos, recuperar e reinserir os dependentes químicos e atuar politicamente junto aos organismos da sociedade civil (conselhos, fóruns, etc) para fomentar uma política antidrogas que gere vida⁴⁷. Para isso, um amplo trabalho de capacitação de agentes é desenvolvido pela pastoral em todo o país, com base em documentação e pesquisas sobre dependência química. Até julho de 2016, a pastoral capacitou 1634 agentes em seus 89 cursos oferecidos e conta com grupos de auto-ajuda

⁴⁵ Segundo a mística em torno do tema, é possível “abandonar” a dependência química porque a adesão a nova vida com o Espírito Santo leva o indivíduo a se livrar de dos hábitos e caminhos que o leva ao pecado. O vício é tratado em uma dimensão praticamente material, hábitos que podem ser adquiridos e abandonados por intermédio da Graça. Também no Capítulo 3 discutiremos a aplicação dessa mística no dia-a-dia dos recuperandos.

⁴⁶ Cf. CIC, 150.

⁴⁷ Cf. Estatuto da Pastoral da Sobriedade, artigo 2.

presentes em 58% das dioceses brasileiras⁴⁸. Essa rede de ajuda está sendo incorporada oficialmente desde 2011 pelo governo federal, que conta com a extensão dos trabalhos dos agentes católicos para ampliar as alternativas públicas de tratamento à dependência química.

⁴⁸ Fonte: Demonstrativo de resultados da Pastoral da Sobriedade (dados até 12/07/2016).

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: DAS ESTRATÉGIAS PUNITIVAS À INCORPORAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA REDE PÚBLICA DE ATENDIMENTO

Para efeito de estudos, Henri Bergeron (2012) assume que a sociologia pode considerar como droga substâncias de acordo com seus aspectos psicoativos e o seu potencial aditivo, nem sempre levando em conta a classificação legal das mesmas. Portanto, o enfoque sociológico busca a crítica à divisão das drogas em lícitas e ilícitas que é pouco pautada em critérios científicos confiáveis. Uma sociologia da droga busca verificar os mecanismos sociais e políticos da categorização de certas substâncias como “droga”, na conotação pejorativa do termo. A toxicomania é caracterizada pelo uso contínuo, agradável⁴⁹ e nocivo de substâncias psicoativas (SPA’s). Essa condição individual é de má reputação no imaginário social, que relaciona o uso (experimental, ocasional ou frequente) de drogas a “mãe potencial do vício, do crime, da morbidez e da marginalidade” (Ibidem, p. 8).

A regulamentação sobre uso de SPA’s é tema de constante discussão entre entidades da sociedade civil e órgãos de regulamentação governamentais. São frequentes os questionamentos a cerca dos limites de ação do Estado sobre as liberdades individuais. Existe um consenso entre os sociólogos e especialistas em saúde pública sobre a falência global do modelo repressor denominado “guerra às drogas”. As consequências dessa política foram exatamente opostas aos seus objetivos originais. Onde a estratégia repressora vigora, verifica-se o aumento da incidência de crimes violentos, o tráfico de drogas se torna cada vez mais rentável e o número de usuários problemáticos cresce exponencialmente (WACQUANT, 2003; BERGERON, 2012). Os círculos de uso não se restringem às periferias dos grandes centros urbanos e o perfil do usuário e do traficante não correspondem necessariamente às trajetórias de vida marcadas pela pobreza. Contudo, este contexto marginal é utilizado por organizações criminosas para estabelecer esquemas de distribuição e consumo das substâncias psicoativas ilegais. Em decorrência da guerra às drogas, a violência institucional é prática comum sobre populações em condições de vulnerabilidade social, principalmente sobre os jovens negros. Wacquant (2003, p.10) demonstra a partir de dados estatísticos que, a

⁴⁹ O indivíduo deve receber algum efeito positivo, mesmo que sensorial, em seu uso, independente da nocividade da substância para a saúde ou integração social ou de seus efeitos colaterais.

“contenção repressiva da pobreza” é a funcionalidade que justifica a continuidade da política de guerra às drogas.

A percepção social do crescimento da violência foi acompanhada pela demandada sociedade civil por participação na construção de políticas de segurança pública. Chama atenção a forte presença religiosa dentro das organizações civis (ONG's, associações, sindicatos, movimentos, etc.) que se concentram em dar visibilidade às ações extraleais das instituições repressoras do Estado⁵⁰. Tais organizações civis se investem de autoridade sobre a questão, argumentando que as políticas de segurança devem levar em consideração a realidade local de cada território problemático. Esses atores se investem da experiência militante, adquirida na vivência de dinâmicas que a academia e o Estado não podem compreender (LANDIM; SIQUEIRA, 2013).

Observando a arbitrariedade com que a convenção social determina o que é desejável como comportamento individual, encontramos indícios de que o imaginário social sobre as drogas extrapola as características farmacológicas das substâncias psicoativas. O tema envolve um conjunto de objetos e costumes/comportamentos que contribuem para a construção de uma visão normativa – empreendida usualmente pelo direito moderno – que serve de parâmetro para a aceitabilidade ou marginalidade do uso de uma determinada substância. Desse modo, ao debate sobre as estratégias de combate às drogas foram adicionadas discussões sobre a inclusão de parâmetros sociais e de saúde na elaboração de políticas públicas antidrogas.

Antes de expor os principais princípios contidos na Política Nacional sobre Drogas (PNAD), é preciso compreender o que ordenamento jurídico vigente determina como possibilidades de prestação de serviços públicos no Brasil por parte de entidades privadas (ONG's, associações, instituições privadas, etc). Esses serviços são denominados parcerias público-privadas (PPP), que no contexto brasileiro foram regulamentadas pela Lei nº 11.079/04. As PPP's no país são concessões de subsídios públicos para a prestação de serviços administrativos em geral⁵¹, visando investimentos, empregos e crescimento econômico. Esta é uma estratégia de redução de custos decorrentes do atendimento das demandas sociais, já que o Estado se utiliza da estrutura de instalação, dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis na iniciativa privada (PECI; SOBRAL, 2007). Juridicamente, as

⁵⁰ Ações extra legais são casos de abuso de autoridade, encarceramento de populações específicas, negligência no atendimento de ocorrência, fraudes em autos de policiais e de provas judiciais, etc.

⁵¹ O modelo de PPP no Brasil é de inspiração inglesa. Todavia, o governo brasileiro ampliou o escopo de parcerias firmadas, abrangendo serviços de qualquer natureza administrativa, além dos serviços de infraestrutura, objeto exclusivo do caso britânico (PECI; SOBRAL, 2007).

PPP's são uma modalidade de “contrato de prestação de obras ou serviços não inferior a R\$ 20 milhões, com duração mínima de 5 e no máximo 35 anos, firmado entre empresa privada e o governo federal, estadual ou municipal”, cuja remuneração é efetuada desde que atendidos os indicadores estabelecidos em contrato (PORTAL BRASIL, s.d).

As discussões sobre as funções do Estado se referem a aspectos políticos, sociais e econômicos. Elas traçam modelos ideais ou comparativos de interpretação da questão, tamanho é o escopo de relações que esta entidade de natureza abstrata abarca. O debate acerca da extensão do Estado, dos limites de sua interferência nas instâncias privadas e dos dispositivos de participação democrática fatalmente tangenciam os assuntos abordados nesta dissertação. A primeira condição que impomos como limite interpretativo dos elementos expostos ao longo deste trabalho é sua referência ao que é e não ao devir. Trabalhamos com as instituições de acordo com o modo como elas são concebidas e funcionam na prática, evitando emitir juízos de valor sobre como elas deveriam ser. Assim sendo, este capítulo expõe os limites e possibilidades que a participação de instituições privadas de tratamento da dependência química estão sujeitas quando inseridas em programas governamentais.

Resguardar esse contexto normal-legal é importante porque “violência”, “drogas” e “sociedade” não possuem precisão conceitual, variando contextualmente a cada apropriação de suas interpretações. Esta imprecisão, nas palavras de Michel Misse (2010, p.18),

pode nos conduzir a equívocos interpretativos gravíssimos. [...] Por exemplo, nós confundimos o fato de que uma determinada ação seja ilegal, com a natureza da ação, quando a natureza da ação nem sempre tem a ver com sua ilegalidade. A ilegalidade resulta de um conflito moral a respeito do que se deve fazer com aquela ação. Mas o conflito moral nada tem a ver com a natureza daquela ação.

2.1 O tratamento destinado às drogas pelo Estado brasileiro no último século

No Brasil, a preocupação pública com o uso abusivo de substâncias psicoativas data do início do século XX. Nesta época, jornais publicavam “descobertas” e conclusões levantadas nos círculos de debates acadêmicos sobre o tema. Havia um teor moralizante e higienista nas discussões, sendo que as drogas não eram o problema social a ser resolvido, mas as consequências da circulação dessas substâncias frequentemente associadas aos casos de vadiagem e criminalidade. O Brasil se alinha internacionalmente com as políticas destinadas ao consumo de drogas e de repressão do tráfico desde então. A primeira adesão do

país a acordos multilaterais sobre o tema foi a Convenção Internacional do Ópio⁵², que obrigava os signatários a controlar o comércio de substâncias opiáceas (heroína, morfina e cocaína). Medidas repressivas de encarceramento ou asilamento foram estabelecidas para usuários (recreativos ou dependentes) e fornecedores (entre eles farmacêuticos e boticários) das substâncias proibidas, tendência repressiva que recrudescia a cada novo acordo internacional. Em 1932, a toxicomania foi considerada uma doença de notificação compulsória⁵³, incidindo sobre o toxicômano sanções penais e extrapenais como a suspensão de matrículas escolares, a suspensão de posse em cargo público ou até mesmo internação em instituição carcerária ou psiquiátrica (KARAM, 2010).

O Código Penal de 1940 consolidou as práticas de asilamento do usuário e de repressão do tráfico de substâncias ilícitas, oficializando a distribuição ilegal e o consumo de substâncias controladas ou ilícitas como crime contra a saúde pública. Não havia nenhum tipo de distinção sobre a natureza do uso de drogas ou mesmo do papel do traficante e do usuário. As duras penalizações eram impostas a todos os casos e cenários de envolvimento com substâncias ilegais. Tal tática repressiva chegou ao ápice durante a ditadura militar, a partir de 1964: a política criminal deixa de ser sanitarista (que retirava do convívio social o indivíduo “criminoso”) e passa a se encaixar num modelo bélico, com objetivos de eliminação dos elementos considerado inimigos do Estado. Teorias que traçavam um perfil preciso do dependente e do traficante tinham pouco valor científico, transformando-se em instrumentos de legitimação da diferença de punições entre pobres e inimigos do Estado daquelas destinadas aos usuários de classe média alta, considerados doentes necessitados de processos internação, longe do aparelho violentamente repressivo do Estado (KARAM, 2010; SENADO FEDERAL, 2011).

À medida que os movimentos de contracultura chegaram ao Brasil nos anos 1970, o uso de drogas ensaia retomar o caráter recreativo, tal como era até as primeiras décadas do século XX. A psiquiatria se reforma e também favorece a tendência de flexibilização das punições destinadas aos dependentes químicos. Eles passaram a ser encaminhados, por uma junta médica adequada, a tratamentos baseados na avaliação do contexto e da gravidade de sua condição. As primeiras revisões legais que abriram caminho para a compreensão do uso de drogas como questão de saúde ocorreram após a Convenção Sobre Substâncias

⁵² Primeira Conferência Internacional do Ópio (Haia, 1912). O Brasil assinou acordo suplementar, referenciando o acordo no decreto 2.861, de 08 de julho de 1914, publicado no governo de Wenceslau Braz.

⁵³ A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados em Portaria, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes.

Psicotrópicas, em Viena (1971). Nesse momento, as leis brasileiras modificaram o entendimento sobre as sanções destinadas aos dependentes químicos, que passaram a ser considerados inimputáveis, visto como indivíduos sem consciência ou controle da licitude de suas ações. Em compensação, as penas para as condutas consideradas criminalizadas (tráfico e comércio de substâncias ilícitas) foram endurecidas.

Desde os anos 1970, as ações voltadas ao controle do uso e distribuição de substâncias psicoativas ocupam importante lugar na agenda política de saúde e segurança, especialmente pelo crescente entendimento de que as ações militares repressivas estavam ligadas a pauperização de determinadas populações (ZALUAR, 1994; MISSE, 2010; BERGERON, 2012). Surgem, nesse cenário, os primeiros grupos civis organizados dispostos a denunciar as estratégias higienistas e de criminalização da pobreza adotadas por instituições do Estado brasileiro. Nos anos 1980 e 1990, esses grupos constituíram uma frente importante que pleiteava participação democrática nas decisões estatais sobre segurança pública (LANDIM; SIQUEIRA, 2013). Embora com ações pulverizadas e de caráter simbólico – o que frequentemente afetava a credibilidade sobre a eficiência desses movimentos, como aponta Landim e Siqueira (idem, p. 14) –, os efeitos da demanda por participação democrática se consolidaram como conselhos de segurança após a redemocratização. Assim, além da participação civil dentro das esferas governamentais de decisão sobre políticas públicas de segurança, emerge uma consciência social sobre o funcionamento dos mecanismos de produção da violência e dos dispositivos de controle social.

O Brasil se realinha as metas internacionais sobre drogas em 1998, após a XX Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o problema global das drogas (*Special Session of the General Assembly - UNGASS*). Nesta reunião voltada para a redução da demanda de drogas, foi reafirmada a necessidade de criação de medidas internacionalmente articuladas. Como resposta às diretrizes estabelecidas na ocasião, o governo brasileiro criou a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que mais tarde se provou insuficiente como órgão articulador entre a União, os estados e os municípios. Crescia o desejo de uma política pública que integrasse sociedade civil e governo (incluindo o poder Judiciário), numa rede eficiente de combate ao tráfico, prevenção e redução da demanda e reinserção do usuário na sociedade (KARAM, 2010).

Depois de audiências públicas e mobilização de movimentos sociais e outras entidades civis articuladas, foi estabelecido em 2004 a Política Nacional sobre Drogas (PNAD)⁵⁴, um plano que tem por princípio a responsabilidade compartilhada em estratégias de cooperação mútua. O objetivo é a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e sociedade civil, descentralizando as ações sobre drogas no Brasil. O país segue a tendência mundial, liderada pelos Estados Unidos desde meados do século XX, de traçar suas ações segundo o levantamento de dados epidemiológicos. Essa tendência foi estimulada pela incorporação de metodologias estatísticas específicas da medicina em instituições governamentais, gerando melhora significativa na coleta de dados comportamentais de populações diversas. Desta forma, decide-se pelo empreendimento de controle de determinadas substâncias psicoativas de acordo com os dados levantados sobre potencial dos danos à saúde do usuário, com a demanda pela droga em questão, pela associação do uso ou tráfico com ações violentas e outros fatores moralizantes (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; BERGERON, 2012; MARTINS; SARTES, AMATO, 2013).

Mesmo com todas as mudanças em direção à participação democrática, as políticas públicas antidrogas ainda guardavam mecanismos ineficientes de gestão dos problemas relacionados à circulação das drogas no Brasil. Questões geopolíticas relacionadas à segurança nacional colocaram dúvidas sobre os benefícios da política que permitem a disponibilidade de dados do SIVAM (Sistema de Vigilância Aérea) para países fronteiriços a Amazônia brasileira, visando coibir a entrada de drogas na região (FRAGA, 2007). Além disso, mesmo com a reestruturação da PNAD em 2004, avançou-se pouco em relação aos direitos humanos e a descriminalização do usuário de drogas. O discurso de “combate às drogas”, “erradicação do tráfico” e da necessidade de estabelecer o perfil do “inimigo público” não foi abandonado, possivelmente porque há apelo político na criminalização da pobreza. Drogas, crime e pobreza ainda ocupam espaço especial no imaginário coletivo como uma triangulação de eventos interdependentes, em que a existência de um desses eventos implica automaticamente na existência dos outros fatores. Embora não haja uma relação comprovadamente causal entre drogas e pobreza, a visibilidade de seu uso e comércio em regiões onde o Estado não consegue se colocar institucionalmente de maneira consistente dão

⁵⁴ A Política Nacional Antidrogas (em vigor a partir de 2001) passa a se chamar, em 2004, Política Nacional sobre Drogas, preservando-se a sigla (PNAD) utilizada antes da mudança. Essa mudança na nomenclatura indica a tendência incipiente à época de tratar as drogas como um tema multidisciplinar, adotando a redução de danos como linha de trabalho.

margem a essa percepção de insegurança coletiva (WACQUANT, 2003; FRAGA, 2007; KARAM, 2010).

2.1.1 Avanços e limites da Nova Lei Antidrogas

Em 26 de agosto de 2006, foi promulgada a Lei nº 11.343, conhecida como “Nova Lei Antidrogas”. Ela unificou as legislações sobre a matéria, além de instituir o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas) e de estabelecer normas de prevenção, cuidado e repressão sobre o uso e distribuição de drogas (BRASIL, 2006b). Nessa lei, estão contidos elementos que indicam a mudança de paradigma das instituições brasileiras no tratamento destinado às drogas, como por exemplo, a substituição de mecanismos punitivos por alternativas terapêuticas ao usuário. Assim, desmilitariza-se parte do tratamento direcionado à repressão as drogas, incluindo a questão na competência da saúde pública.

A lei é resultado normativo do realinhamento do ordenamento jurídico e das políticas públicas sobre drogas, substituindo as leis 6.368/76 e a lei 10.409/02 que tratavam do direito processual (procedimentos) e material (crimes). Por ela foram oficializados novos procedimentos de investigação e de ritos processuais, instituindo iniciativas penais alternativas como a Justiça Restaurativa⁵⁵ e a integração da rede de atenção e cuidado ao dependente químico nos programas ligados ao SUS. Outra inovação da “Nova Lei” é a especificação sobre o destino dos bens e dividendos apreendidos em posse de traficantes ou outros criminosos que tenham recebido lucro de atividades ligadas ao comércio e distribuição de drogas ilegais. Neste caso, os bens e os dividendos comprovadamente obtidos por meio de tráfico, distribuição e venda de drogas ilícitas são reinvestidos para pagar os custos de tratamento e indenizações para vítimas ou familiares das atividades dos criminosos, em centros de tratamento e recuperação de dependentes químicos (incluindo as comunidades terapêuticas) e para a execução de atividades de segurança pública voltadas para coibir a circulação de drogas no país (BRASIL, 2006b; BIANCHINI *et al.*, 2013).

Esta normativa também significou avanço em relação ao ordenamento jurídico anterior, distinguindo as sanções aplicadas aos traficantes daquelas aplicadas aos usuários. O uso de drogas foi descriminalizado, todavia o usuário está sujeito às sanções estabelecidas e aplicadas judicialmente, uma vez que sua conduta não é legal (BIANCHINI *et al.*, 2013). Já

⁵⁵Também conhecido como “justiça terapêutica”, essa abordagem prioriza o encaminhamento do usuário com pendências judiciais decorrente da adicção. Essa prática é polêmica entre sociólogos e juristas, uma vez que patologiza todo usuário de drogas – o que é fonte de prejuízos sociais sobre a figura do usuário - e não descriminaliza o mesmo, uma vez que o tratamento é uma sanção sobre um comportamento. Cf. FRAGA, 2007; BIANCHINI, *et al.*, 2013.

havia na jurisprudência a tendência de descriminalizar o uso de drogas e recrudescer as penas sobre a atividade de tráfico. A novidade deste novo arranjo legal é o esforço de tipificação distintiva entre as condutas que configuram consumo e tráfico. Pela Nova Lei Antidrogas, usuário de drogas é aquele que adquire, guarda, tem em depósito, transporta ou porta qualquer psicoativo ilícito, cujo fim é o consumo pessoal; o traficante pode ser enquadrado não somente pela atividade comercial, mas também pela posse, guarda, exposição à venda, oferta e fornecimento de substâncias ilegais, ainda que gratuitamente (BRASIL, 2006b). A diferença entre o usuário e o traficante é determinada por outras provas fáticas, como ausência de recursos comprovados para obtenção da quantidade portada, antecedentes do réu e um sistema de reconhecimento judicial ou policial (análise do caso concreto) baseado nos seguintes critérios objetivos: natureza e quantidade da substância apreendida (objeto material do delito), local e condições em que se desenvolveu os autos (desvalor da ação), conduta e condições pessoais e sociais do agente do fato (BIANCHINI *et al.*, 2013).

Atualmente, a política sobre drogas brasileira tem como referência as recomendações do Relatório Mundial sobre Drogas para redução dos danos de efeitos primários⁵⁶ e secundários⁵⁷ do uso de drogas, das Nações Unidas (UNODC, 2010). A principal mudança proposta pela UNODC⁵⁸ é a consideração de critérios sociais como determinantes para o sucesso na recuperação de usuários. Nos países ricos é possível que o usuário financie sua recuperação e, portanto, é reduzida a possibilidade de sua identificação como parte de círculos estigmatizantes. Já em países com índices significativos de pobreza, a impossibilidade de custear o próprio tratamento e com acesso restrito às redes públicas de atenção, os usuários são marginalizados ou criminalizados pela sua conduta, o que implica num impedimento de sua recuperação. A posição internacionalmente compartilhada conclui que, uma vez incorporado pelas agências estatais repressoras, o dependente não conseguirá acesso às instituições de tratamento. Nos cenários de internação compulsória, ele sofrerá com o processo de rotulação estimulado pela passagem em uma instituição parte do sistema de controle formal.

A questão mais importante, parece, foi finalmente reconhecida: dificuldade de trânsito para os dependentes até os meios de tratamento adequado, quando o uso era criminalizado. A ameaça de pena que recaía sobre eles criava um distanciamento, gerado por desconfiança de dependentes em agentes de saúde (BIANCHINI *et al.*, 2013, p. 62).

⁵⁶ Efeitos da substância sobre o indivíduo.

⁵⁷ Referentes aos custos sociais da criminalização relacionados tanto ao processo incriminador quanto às reações sociais despertadas sobre os indivíduos.

⁵⁸ Escritório da ONU especializado em drogas e crimes associados.

Seguindo estas considerações, o Estado brasileiro assume que a persuasão é mais eficiente do que a força e que o potencial da lei como instrumento erradicador da criminalidade cria uma expectativa na sociedade que não cabe ao Direito – que se quer possui instrumentos para tal – cumprir. As consequências da superestimação do sistema legal é o descrédito da população nos sistemas de controle formais da violência. Em cenários mais extremos, ocorre a legitimação de meios não-oficiais (ou mesmo ilegais) de contenção de problemas públicos, à exemplo da ação de justiceiros, facções paralelas e investidas violentas de cidadãos comuns e/ou agentes do Estado contra pessoas consideradas marginais. A lei busca tipificar usuários e traficantes para preservar os direitos de cidadania dos usuários de drogas (dependentes ou recreativos) que, usualmente, não tem potencial para incidir danos para outrem e que, portanto, não devem ser criminalizados. A preocupação em distinguir dependência de delinquência existe para ressignificar a construção social do toxicômano, facilitando sua reinserção em sociedade (Ibidem, 2013).

2.2 Linhas gerais da PNAD

A consideração pelos estudos médicos e sociais na elaboração de soluções burocráticas expressadas na PNAD é reflexo do envolvimento de entidades civis de promoção de direitos sociais e de profissionais participantes do Movimento Luta Antimanicomial (MLA). Doentes, criminosos, inválidos de todo tipo, alcoólatras e toxicômanos eram internados em ambientes sem metodologia de ressocialização. Médicos, familiares e agências de controle estatais (previdência social, polícia e justiça) concorriam em seus pareceres para que infratores – incluindo dependentes químicos – fossem encaminhados às casas psiquiátricas como alternativa à penitenciária. O movimento combatia práticas de asilamento para “tratamento” de indivíduos mentalmente instáveis. Situado no contexto da Reforma Sanitária e Psiquiátrica⁵⁹ dos anos 1970, uma das vitórias do MLA foi o abandono das técnicas de iatrogenia⁶⁰ (clínica, social e cultural) que transformavam as clínicas psiquiátricas em instituições de custódia para pacientes com diferentes distúrbios mentais ou para sujeitos que transgrediam normas socialmente estabelecidas de comportamento. (MOREIRA, 1983).

Nos anos 1990, a política antidrogas brasileira não tinha metas e objetivos específicos, não observava as demandas regionais ou de natureza social, era desarticulada em relação aos

⁵⁹ A Reforma Sanitária e Psiquiátrica foi um movimento encabeçado por profissionais de saúde que afirmavam que o modelo médico-industrial não supria as necessidades dos grupos com demandas criadas pelo próprio sistema: as doenças carenciais, mentais, ocupacionais, violência, etc. (AROUCA, 1975).

⁶⁰ Refere-se ao estado de doença causado por práticas médicas. No contexto da luta antimanicomial, a iatrogenia era alegada como um dos efeitos da internação sem observação das práticas de ressocialização do indivíduo.

interesses tanto dos entes federativos quanto de segmentos da sociedade civil e estava assentada sobre um discurso ideológico com forte apelo repressor. Os resultados alcançados não foram satisfatórios e assim iniciou-se uma fase democrática na elaboração de uma política nacional unificada, porém descentralizada.

Esse contexto normativo de exclusão e estigma social de indivíduos envolvidos com álcool e drogas perdurou até o ano de 2001, quando a Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001 entrou em vigor. Ela redirecionou o modelo de assistência à saúde mental ao regulamentar as possibilidades de internação não-voluntária⁶¹, entre outras disposições sobre a matéria (BRASIL, 2001a). No caso dos dependentes químicos, a lei citada anteriormente foi complementada pela resolução RDC nº 101 de 30 de maio de 2001 da ANVISA, que impôs normas mínimas para o funcionamento dos serviços de atenção aos dependentes químicos (BRASIL, 2001b). Estes dois marcos legais colocam oficialmente a dependência química dentro das responsabilidades do Estado e na agenda de políticas públicas. A demanda era por priorizar o atendimento extra-hospitalar como condição para a ressocialização desses pacientes. A PNAD que entrou em vigor em 2001 ainda era baseada em um modelo de sociedade idealizado, que acreditava na proibição como caminho para o fim do uso de drogas. Somente em 2004 as diretrizes da política nacional foram alteradas em direção à redução de danos, aliadas as estratégias de atendimento ao usuário de drogas.

O governo brasileiro tem optado por uma aproximação entre objetivos geopolíticos e militarizados na questão das drogas. Nesse sentido, não tem avançado para uma posição de questionamento ao proibicionismo. Em relação ao combate ao tráfico, o Brasil historicamente tem seguido e se alinhado com a política americana. Mas, no tocante ao usuário, há um distanciamento, principalmente com a adoção dos programas de redução de danos. A nova lei de drogas, que entrou recentemente em vigor, avança, porém, muito pouco em relação ao usuário. Cria a estranha figura de que todo usuário de drogas é um doente e precisa se submeter a tratamento. Se, por um lado, despenaliza o usuário, por outro patologiza-o. Sabemos, por larga experiência com as instituições de saúde, o que significa esse movimento de tornar práticas sociais alvo da saúde. Nem todo usuário é um doente, muito pelo contrário, e não existe sociedade que não faça uso de substâncias psicoativas. Não é exagero afirmar que a política proibicionista transformou um hábito que tinha um controle social bastante eficiente em uma prática de mercado - um mercado, diga-se, ilícito e violento. (FRAGA, 2007, p. 86).

Os contornos da atual Política Nacional sobre Drogas começaram a ser elaborados a partir da criação de uma agenda nacional no ano de 2003, que contemplava a integração de políticas públicas setoriais com a política de drogas. A proposta principal consiste em ações

⁶¹ São modelos de internação não-voluntária a internação involuntária (sem consentimento do indivíduo e a pedido de terceiros) e a internação compulsória (a pedido da Justiça).

descentralizadas para adaptar-se ao cenário encontrado em cada município e facilitar a integração da comunidade em geral. A repressão a indivíduos com algum tipo de relação com drogas foi organizada em dois focos de ação: a *redução de demanda* se relaciona com a saúde pública, organizando iniciativas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção; já a *redução da oferta* diz respeito à segurança pública, correspondendo às ações de repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas (BRASIL, 2005). Isso reflete a mudança de posicionamento governamental sobre a gestão de políticas públicas em geral, que passou a absorver a participação popular em sua elaboração através da realização de fóruns regionais e nacionais e dos conselhos municipais, estaduais e federais que integraram organizações civis na execução das políticas públicas. As diretrizes são reorientadas periodicamente através da avaliação de resultados (SOUZA, 2006).

A Política Nacional sobre Drogas é focada em cinco eixos de trabalho: prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais a saúde; redução da oferta; estudos, pesquisas e avaliações. Desde então, a PNAD passou a visar uma sociedade livre do uso de drogas, estabelecendo diferenças tanto em relação ao tipo de substâncias quanto na tipificação dos sujeitos envolvidos, seja criminalmente, seja como consumidor. O crime organizado também é um dos focos de ação, buscando cooperação internacional no desmantelamento das redes criminosas. A integração de diferentes instâncias governamentais refere-se tanto a repressão da oferta quanto as estratégias de redução de demandas. Essas premissas básicas estão organizadas segundo os objetivos de conscientizar, educar, informar e capacitar; sistematizar as iniciativas; implementar a rede de assistência; promover as iniciativas que obtiverem resultados favoráveis; reduzir as consequências sociais e de saúde; coibir crimes; rigor metodológico nas atividades de redução de demanda; garantir a inovação dos métodos e programas de redução de demanda; instituir sistema de gestão (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010).

2.2.1 As frentes de ação da PNAD sobre drogas ilícitas

Uma grande conquista dos militantes e outras organizações civis sobre drogas é o reconhecimento formal, nas linhas da política pública sobre drogas, da diversidade de substâncias, da universalidade sobre o uso e das nuances da natureza de envolvimento dos usuários com as drogas. A mais recente Política Nacional sobre Drogas no Brasil é inovadora para o país, pois muda o foco repressivo (que almejava a erradicação da circulação de drogas no território nacional) para a redução de danos associados à distribuição e ao consumo de substâncias psicoativas. A PNAD de 2006 reconhece que as ações de restrição ao acesso,

cuidado com o dependente e os danos associados ao uso e comércio de substâncias psicoativas variam segundo a licitude da substância, meios de oferta, potencial aditivo e aceitação social da droga em questão. Portanto, as ações que voltadas para álcool, tabaco, medicamentos e drogas ilícitas devem ter orientações e fins diferentes.

As substâncias ilícitas são aquelas popularmente associadas ao imaginário popular do conceito “droga”. Para os gestores públicos, esse tipo de substância é de peculiar preocupação por movimentar as instituições policiais e judiciais, além de gerar alto ônus para os sistemas de saúde e de previdência. Dado a diversidade de substâncias psicoativas ilícitas em circulação no país, a política pública para este tipo de droga circula em torno do crack, já que estudos encomendados pelo Governo Federal apontam características epidemiológicas do uso desta substância no Brasil. Este é o foco do programa “Crack, é possível vencer!”, que também incorpora ações voltadas para o uso e distribuição de outras drogas ilícitas (BASTOS; BERTONI, 2014).

O programa “Crack, É Possível Vencer!” nasceu em 2011 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA, s.d). É gerido em articulação com estados, municípios e sociedade civil. Seus objetivos principais são aumentar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as ações de prevenção ao uso de drogas. Para atender a estes objetivos, o programa se orienta por três eixos, que abrigam iniciativas específicas para a finalidade de cada frente, facilitando tanto a adaptação de suas diretrizes em ações localizadas quanto à distribuição dos recursos e avaliação das estratégias pensadas para o programa. Os eixos de atuação são cuidado, prevenção e autoridade, sendo os dois primeiros ligados à saúde pública e o último relacionado às iniciativas de segurança pública.

O objetivo de cada frente está descrito abaixo, seguido dos programas e outras iniciativas correspondentes:

- **Cuidado:** objetiva a ampliação da capacidade de atendimento e atenção ao usuário e familiares. Prevê a estruturação da rede de cuidados “Conte Com a Gente” para superação da dependência e reinserção social do usuário, incluindo capacitação de profissionais e equipação das unidades de cuidados.

As iniciativas são do eixo “cuidados” compreendem enfermarias especializadas em hospitais gerais do Sistema Único de Saúde (SUS); Consultórios na Rua; Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad); Unidades de Acolhimento; Apoio às Comunidades Terapêuticas.

- **Prevenção:** foca no aspecto comunicacional, principalmente em ações voltadas ao uso de crack no ambiente escolar e comunidades mais pobres. Suas iniciativas são: Programa de Prevenção do Uso de Drogas na Escola; Programa de Prevenção na Comunidade; Comunicação e Campanhas Publicitárias; Centros de Regionais de Referência (CRRs).

- **Autoridade:** enfrentamento ao tráfico de drogas e policiamento ostensivo de proximidade, integrando as polícias Federal, Rodoviária Federal e Militar estaduais. Ao judiciário cabe agilizar os processos sobre traficantes e outros indivíduos beneficiados financeiramente pelo comércio de drogas, repassando bens e valores para os programas de cuidado, prevenção e combate às drogas.

O Plano Estratégico de Fronteiras abrange ações policiais nas fronteiras e nas cenas abertas de consumo, as chamadas “cracolândias”, além do vídeo monitoramento destas áreas. A finalidade é identificar e prender traficantes, além de desarticular as organizações criminosas envolvidas com o tráfico. São pensadas também ações de revitalização de áreas críticas em que predominam o consumo de drogas.

2.2.2 A PNAD na ordem burocrática do Estado brasileiro

O SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas) tem por tarefa a gestão de todos os aspectos da política pública brasileira sobre drogas. Sua função é articular, integrar, organizar e coordenar as atividades voltadas para prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes, assim como a repressão à produção e tráfico ilícito de drogas. É nele que se assentam a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas como política pública sobre drogas. A ele está ligado o CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas), um conselho paritário constituído de 13 representantes do poder público e outros 13 da sociedade civil (especialistas e militantes). Os órgãos com assento no colegiado (OAB, CFM, CFP, CFESS, CONFEN, SBPC e UNE) indicam seus próprios representantes, conferindo abordagens plurais e interdisciplinares aos debates e decisões. Suas ações são descentralizadas, estabelecendo Conselhos Estaduais e de Conselhos Municipais, cujas atribuições são acompanhar e atualizar a PNAD; exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas; acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o desempenho dos planos e programas da PNAD; promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 2006b).

Já a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) é o órgão que coordena as políticas públicas sobre drogas fazendo a ligação das instituições governamentais com a sociedade civil, incorporando as pautas e demandas sociais em sua atividade. Suas atribuições são articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; consolidar a proposta de atualização da PNAD na esfera de sua competência; definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar sua execução; gerir o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid)⁶²; e, promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência. É a SENAD que traça diagnósticos situacionais sobre o impacto do consumo de drogas para a população em geral, que capacita os agentes que integram o SISNAD e que elabora projetos estratégicos de alcance nacional promovendo informação, conhecimento e acesso aos recursos disponíveis para fomentar as iniciativas civis e governamentais sobre drogas (BRASIL, 2005).

Um dos projetos elaborados pela SENAD foi a incorporação das comunidades terapêuticas no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, no ano de 2011, através do programa *Crack, é possível vencer*. Estas instituições começaram a receber atenção do poder público em 2001, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a instrução normativa RDC 101/01, elaborada em parceria com as federações das comunidades terapêuticas e aprovado após consulta pública. A demanda por regulamentação surgiu no ano de 1998 com a criação da SENAD, na primeira experiência de integração das entidades que compunham a política nacional sobre drogas. Na época, a preocupação era parametrizar as CT's em normas que garantissem a segurança e a qualidade do atendimento prestado aos dependentes químicos (BRASIL, 2002).

Neste primeiro momento, o foco do Estado brasileiro era mapear os serviços de atenção psicossocial prestada por entidades da sociedade civil, mas ainda não havia a ambição de incorporá-los aos programas governamentais. À medida que as parcerias público-privadas foram regulamentadas e que os esforços de uma política sobre drogas nacional e integrada começaram a ser discutidos, as CT's começam a ser consideradas como possibilidade para ampliar a rede pública de atendimento aos dependentes químicos. Uma década após a primeira regulamentação das comunidades terapêuticas, o caráter religioso da maior parte destas instituições constituiu um ponto de tensão entre representantes das comunidades,

⁶²O OBID é um órgão de estrutura do Governo Federal, vinculado a SENAD, que reúne e centraliza informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais.

legisladores e especialistas em saúde e assistência social. O debate sobre a constitucionalidade de financiamento público se deu porque havia o entendimento de que financiando as comunidades terapêuticas estaria financiando as entidades religiosas que prestam o serviço. Por outro lado, representantes do Estado reconheciam que a rede pública era insuficiente e ampliá-la exigiria tempo e recursos que o governo brasileiro não dispunha.

Às dificuldades do tratamento em si, intensificadas muitas vezes pela falta de apoio de famílias desarticuladas, soma-se um sistema público de saúde particularmente desaparelhado para tratar a dependência química e as doenças mentais. Parte da explicação se deve ao país estar atravessando uma fase de transição para um novo modelo de tratamento, inaugurado com a reforma psiquiátrica de 2001. Os médicos, no entanto, acusam a desarticulação do modelo anterior, sem que nada seja oferecido em seu lugar. De acordo com parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil oferece 0,34% dos leitos que seriam necessários para sua população. Outro problema detectado é a falta de preparo dos médicos para lidar com o dependente químico. Para suprir essa carência, as comunidades terapêuticas, instituições privadas disseminadas por todo o mundo que oferecem tratamento especialmente a dependentes químicos, estão abrigando a maior parte dos pacientes em tratamento. O problema, nesse caso, é a falta de regulamentação dessa atividade e, também, de apoio público às entidades que realizam um trabalho em acordo com as mínimas diretrizes e padrões legais (SENADO FEDERAL, 2011, p. 32-33).

Esta etapa da discussão pública corresponde ao momento em que a Igreja Católica mais se envolveu institucionalmente com a questão das comunidades terapêuticas. A CNBB participou dos debates públicos na figura de Dom Irineu Danelon, responsável pela Pastoral da Sobriedade, pressionando por desburocratização do repasse dos recursos. A polêmica havia se instalado quando o SENAD publicou em 2010 o primeiro edital de repasse de verbas públicas para as CT's cadastradas, exigindo a disponibilidade de consultas com médicos psiquiatras a cada 15 dias para os internos e a desobrigação da participação dos internos nas atividades religiosas, adequações estas que foram rechaçadas pelas entidades religiosas. A representante do SENAD, Paulina Duarte, argumentou que as exigências do edital foram estabelecidas considerando as possibilidades que as CT's tinham condições de cumprir. Já Dom Irineu, Frei Hans Stapel e Adalberto Calmon Barbosa (representantes da Fazenda da Esperança) e o senador Waldemir Moka (PMDB-MS) argumentaram que tais exigências interferem nas metodologias das comunidades terapêuticas (Idem, p. 66-67). Prevaleceu na discussão a posição das CT's, que conseguiram retirar das convocações posteriores tais exigências.

Esse momento de tensão demonstra o poder assimétrico da Igreja Católica em relação a outras confissões nos debates públicos. As CT's evangélicas são numérica e

geograficamente tão expressivas quanto as comunidades católicas, mas é nítida o estabelecimento do clero católico como “autoridade” sobre essas instituições. Na reunião citada acima, somente Dom Irineu e Frei Hans foram mencionados como representantes dos interesses das comunidades terapêuticas, embora algumas figuras legislativas importantes, como o deputado Marco Feliciano (Casa de Recuperação Ressuscita em Cristo) e o Senador Magno Malta (Projeto Vem Viver) coordenem CT’s evangélicas.

A participação nas sessões sobre medidas de combate as drogas, realizadas no Senado Federal em 2011, é outro caso em que podemos verificar tal assimetria representativa entre as confissões. Nelas somente o clero católico foi ouvido como representantes das entidades religiosas que atuam nos cuidados dos dependentes químicos. Das 12 sessões, 3 membros da Igreja Católica (Frei Hans Stapel, Padre Haroldo Rahm e Dom Irineu Danelon) foram convocados em 2 sessões. Houve apenas uma solicitação de presença de representantes de instituições evangélicas, na figura de Everton Ramos (Projeto Vem Viver) que, por sua vez, não participou da sessão e não enviou representante em seu nome. Embora numericamente a diferença seja pouco significativa, simbolicamente é mais clara a assimetria entre a presença das duas religiões no espaço público. O representante de uma CT evangélica foi convidado para debater ações preventivas de combate às drogas, enquanto os representantes católicos estavam na audiência de debate sobre políticas de segurança e saúde pública e na audiência sobre experiências de movimentos sociais que atuam na prevenção da dependência química⁶³.

Também em uma publicação do Senado dedicada ao panorama das políticas sobre drogas no Brasil, há somente uma menção a uma CT não confessional (Uniad) como experiência de sucesso. Somente as experiências das comunidades católicas Fazenda da Esperança, Instituto Padre Haroldo e Fazenda da Paz são citadas com destaque em reportagem sobre a necessidade da parceria entre Estado e CT’s no atendimento aos dependentes químicos (SENADO FEDERAL, 2011, p. 63-65).

2.3 As Comunidades Terapêuticas: a religião no espaço público brasileiro

As Comunidades Terapêuticas (CT’s) são instituições de recuperação de pacientes com distúrbios de socialização, sendo um modelo popular de tratamento da dependência química. Seus métodos baseiam na troca de experiência entre iguais na tentativa de modificar padrões de relacionamento sociais dos internos. Para atingir o objetivo, as comunidades terapêuticas reproduzem uma unidade social semelhante à sociedade mais ampla em que os

⁶³Cf. Relatório da Comissão de Assuntos Sociais (2011).

internos se co-responsabilizam pelas atividades de manutenção do espaço físico e pela ressocialização de si e de outros internos. A metodologia dessas instituições consiste em convivência em comunidade, intensa atividade espiritual e laboral.

As CT's atuais foram inspiradas por dois movimentos reformistas, sendo um de cunho religioso e outro de natureza médica. Sua base religiosa vem de movimentos de crítica à Igreja Anglicana, cujos membros pertenciam majoritariamente à Universidade de Oxford. Os reformistas observavam que a Igreja da Inglaterra cumpria apenas o papel de religião estatal, afastando-se da vivência da espiritualidade. Para reaproximar a humanidade da espiritualidade, em 1900 foi criado o Moral Rearmament (também conhecido como Grupo de Oxford) com uma proposta de renascimento espiritual da humanidade inspirado nos primeiros cristãos. Para os membros desse movimento, a convivência em grupo era pautada pela honestidade, pelo apoio mútuo e pela leitura da Bíblia. Na época de sua fundação, o Grupo também se popularizou nos Estados Unidos e, aproximadamente uma década depois de sua fundação, o grupo contava com 25% de seus participantes em processo de recuperação do alcoolismo (DE LEON, 2003).

Foi na América que o Grupo de Oxford se converteu em grupo de auto-ajuda. Nos anos 1930, seus membros dependentes de álcool começaram a se reunir para trocar experiências que os levassem à sobriedade. O modelo de reuniões para apoio mútuo se popularizou nos EUA também entre indivíduos que não tinham ligações com alguma religião, lançando as bases para a fundação do Alcoólicos Anônimos (AA). Dessas reuniões, em 1958, um pequeno grupo de alcoolistas na Califórnia decidiu buscar um estilo de vida alternativo, além de permanecer em abstinência. Assim, adotaram um sistema de vida em comunidade, em que a partilha de experiências foi acrescida da partilha de bens e do ambiente residencial. Essa comunidade ficou conhecida como Synanon e serviu de base para a comunidade Daytop Village, fundada em 1963 na cidade de Nova York. A partir desses dois programas que combinavam espiritualidade, carisma e convivência em grupo, dependentes de outras substâncias psicoativas começaram a buscar comunidades semelhantes para se recuperar, fornecendo inspiração para aprofundar a experiência de convivência. O modelo foi expandido para países europeus, até que em 1979, na Itália, surge a primeira Escola de Formação para educadores das CT's, o que deu novo fôlego para a expansão do modelo nos países ibéricos, latino-americanos, africanos e asiáticos (FRACASSO, 2002; DE LEON, 2003).

Por iniciativa de pequenos grupos cristãos, as comunidades terapêuticas ultrapassaram as fronteiras espiritualistas para influenciar um movimento médico psiquiátrico. Este

movimento questionava os modelos de internação em confinamento dos hospitais psiquiátricos, que oferecia poucas vias de ressocialização dos internos. Maxwell Jones (1972, p.35) define a psiquiatria comunitária como um ramo da psiquiatria social que atua de forma mais global, fora do ambiente hospitalar, sugerindo que parte dos pacientes com distúrbios mentais fossem tratados em casa ou em modelos comunitários. A ideia era chegar a uma sociedade mais equilibrada e com menos acidentes psicológicos. O termo comunidade terapêutica foi cunhado por Jones após seu trabalho como psiquiatra do exército inglês. Ele acreditava que o apoio grupal ordenado por normas de convivência e explorado em dinâmicas educativas de estímulo para discussões sobre os problemas pessoais e do grupo seriam alternativas ao modelo psiquiátrico manicomial, que promovia a retirada do indivíduo com distúrbios do convívio social. Na década de 1950, este modelo se fortaleceu entre psiquiatras ingleses e norte-americanos, que estabeleceram uma metodologia baseada em princípios éticos de convivência para solucionar alguns distúrbios psicológicos que, suspeitavam os percussores dessa corrente de tratamento, tinham origem em falhas no processo de socialização advindas de qualquer etapa da vida (JONES, 1972; DE LEON, 2003).

Essa nova compreensão psiquiátrica que valorizava aspectos psicossociais e convivência em grupo foi importante para que as comunidades cristãs inspiradas em Synanon e Daytop Village se fortalecessem como alternativa para a dependência química. O modelo das CT's era inovador não só por propor a reintegração do indivíduo na sociedade, mas também por romper a rígida autocracia que marcavam as administrações dos hospitais psiquiátricos, democratizando as práticas e integrando o paciente como protagonista de seu tratamento. Como método de trabalho, as Comunidades Terapêuticas são elaboradas como microsociedades espelho das vivências da sociedade maior. Ao mesmo tempo em que estas instituições pautam seu método na afetividade desenvolvida nas relações entre seus membros para redefinir seus parâmetros de socialização, elas são estruturadas de modo a proteger os indivíduos em recuperação das pressões cotidianas, num esforço de autonomia e alteridade (DE LEON, 2003; DAMAS, 2013). Um aspecto que deve ser ressaltado sobre o caráter espiritual das primeiras comunidades terapêuticas é a não vinculação formal nenhuma religião específica. Elas se denominavam apenas como cristãs e buscavam a reprodução das características dos cristãos antes da institucionalização do cristianismo pela Igreja Católica. Essas comunidades representavam um movimento de ruptura com as religiões, por considerá-las impedimentos para uma espiritualização plena (SHAFFER, 1995).

Diferente dos primeiros modelos de comunidades de recuperação baseadas na espiritualidade, as CT's, como estruturadas atualmente, se organizaram em torno das religiões

no final dos anos 1960. Na época, surgiram os primeiros grupos carismáticos de oração pentecostais e, posteriormente, a Renovação Carismática Católica. Esses grupos começaram a formar pequenas comunidades para viver um estilo de vida voltado para a espiritualidade, mas sem romper com suas religiões de origem. O objetivo era aprofundar a experiência de fé, compartilhando a vida com outros indivíduos com os mesmos ideais. Assim, estes grupos carismáticos acabaram se constituindo como referência de valores divergente daqueles estabelecidos pela sociedade, considerados como valores que afastavam o indivíduo da fé (CARRANZA, 2000; MARIZ, 2005a). Foi nestes grupos que dependentes químicos e seus familiares encontravam a possibilidade de vivência de um estilo de vida distante daqueles considerados como caminho que leva os indivíduos ao vício. Esses grupos também se constituíam como fonte de apoio para os adictos (MARIZ, 2005a).

Além das comunidades terapêuticas confessionais, atualmente existem experiências comunidades que não possuem nenhum tipo de manifestação religiosa em seu programa de recuperação. A diferença entre as comunidades terapêuticas confessionais e as não-confessionais está no foco de desenvolvimento da confiança do interno, correspondendo a dois modelos. No modelo de Minnesota a essência do tratamento é espiritual e a confiança de recuperação está atrelada a existência de uma entidade superior. Este modelo deriva dos “Doze Passos” preconizados pelos Alcoólicos Anônimos, que busca restituir a esperança do interno a partir de um propósito maior. No modelo de Synanon⁶⁴, a autoconfiança do indivíduo é estimulada sem a necessidade de foco numa entidade superior. Para ambos, a vida em comunidade e a rotina laboral são parte da proposta de um novo lar para o indivíduo internado, sua família e o meio em que este vive, estimulando um novo modo de convivência para o interno (DAMAS, 2013).

2.3.1 Organização e metodologia das comunidades terapêuticas no Brasil

Segundo as diretrizes normativas brasileiras, as CT's devem ser fisicamente estruturadas num modelo residencial, geralmente localizadas em sítios ou fazendas fora da região urbana. O que as diferenciam de outras instituições destinadas ao tratamento de dependentes químicos é a substituição de dispositivos médicos e farmacológicos pela

⁶⁴ Cabe ressaltar que apesar da nomenclatura, o modelo de Synanon diverge da comunidade de sua origem em relação a sua finalidade. A comunidade de Synanon propunha uma ruptura definitiva de seus membros com a sociedade, abandonando família, trabalho ou mesmo a religião seguida antes do ingresso do indivíduo. Já o modelo de Synanon propõe uma ruptura temporária, em que o indivíduo se retira voluntariamente do grupo social maior para redefinir sua identidade em relação sua condição de adicto.

atividade laboral e pela convivência em comunidade⁶⁵. A terapia é baseada na espiritualidade e na vida em grupo, incentivando os internos a se responsabilizarem uns pelos outros e pelo ambiente que habitam, constituindo uma rede de proteção baseada na empatia gerada pela partilha de experiências de vida. O trabalho de conservação do espaço (limpeza, alimentação, manutenção) não exige especialização da mão-de-obra, já que a função do labor é disciplinadora. A condição para solicitação de vagas nessas instituições depende do comprometimento forte daqueles que pretendem se internar, já que o modelo residencial atende somente internações voluntárias, salvo determinação judicial (BRASIL, 2011a).

Atualmente, existem no Brasil 1830 comunidades terapêuticas, segundo levantamento do Portal Brasileiro de Dados Abertos (s.d). Institucionalmente, as CT's estão organizadas em torno da CONFENACT (Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas), fundada em 2012 pelas principais lideranças das comunidades terapêuticas atuantes no país⁶⁶. Anterior a esta data, as CT's se organizavam, desde os anos 1990, em Federações regionalizadas (FENNOCT, FEBRACT e FETEB) ou em filiais de projetos com este perfil (Cruz Azul no Brasil e Fazenda da Esperança, por exemplo). Estas federações têm como objetivo orientar as práticas terapêuticas e burocráticas em torno de estatutos, além de estabelecer uma frente de diálogo com o poder público. A meta é o reconhecimento, por parte das instituições públicas e da sociedade civil, das CT's como uma alternativa para a recuperação dos dependentes químicos fora das instâncias punitivas. De certo modo, a adequação legal dessas comunidades à legislação brasileira e aos preceitos médicos para cuidado dos internos também confere certo distanciamento das normas confessionais, uma vez que membros de instituições religiosas são os responsáveis pela existência e administração da maior parte das comunidades terapêuticas no Brasil.

⁶⁵ Este é o principal ponto de tensão entre as comunidades terapêuticas e o CFM. Representantes das CT's não as consideram entidades hospitalares porque seus métodos não compreendem administração de fármacos, consultas e procedimentos médicos especializados e, tampouco, essas instituições recebem pacientes com a saúde debilitada ou que foram internados involuntariamente (o que dispensaria a presença de profissional de saúde na instituição). Contudo, representantes do CFM acreditam que a dependência é um problema de saúde e, como tal, devem ser acompanhados pela autoridade médica competente. Para o CFM, o tratamento em ambiente terapêutico é bem vindo se realizado dentro de instituição hospitalar.

⁶⁶ São elas: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT); Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT); Cruz Azul no Brasil; Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB); Fazendas da Esperança. As três primeiras não são confessionais, prestando serviços de consultoria e treinamento para qualquer CT que queira se vincular a essas federações. Já a Fazenda da Esperança e a FETEB desenvolvem ações ligadas a Igreja Católica e as denominações evangélicas, embora essas ações se relacionem na dimensão institucional e não na terapêutica.

2.3.2 A integração das CT's na rede de acolhimento aos dependentes químicos

Comparando às outras unidades de acolhimento oferecidas pela rede de atendimento estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as comunidades terapêuticas oferecem mais vagas, estão geograficamente mais distribuídas e o tratamento é mais duradouro do que aquele oferecido pelas Unidades de Acolhimento Adulto (UAA)⁶⁷, modelo público que também consiste em internação de cuidados contínuos e protetivos.

Figura 1 - Distribuição da Rede Nacional de Comunidades Terapêuticas



Fonte: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)

Figura 2 - Distribuição da Rede Nacional de Unidades de Acolhimento Adulto (UAA)

⁶⁷ Internação no modelo residencial pública para a internação voluntária e ressocialização de dependentes químicos. O período de acolhimento é de 6 meses e cada unidade – das 34 existentes – oferecem 15 vagas (OBID, s.d).



Fonte: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)

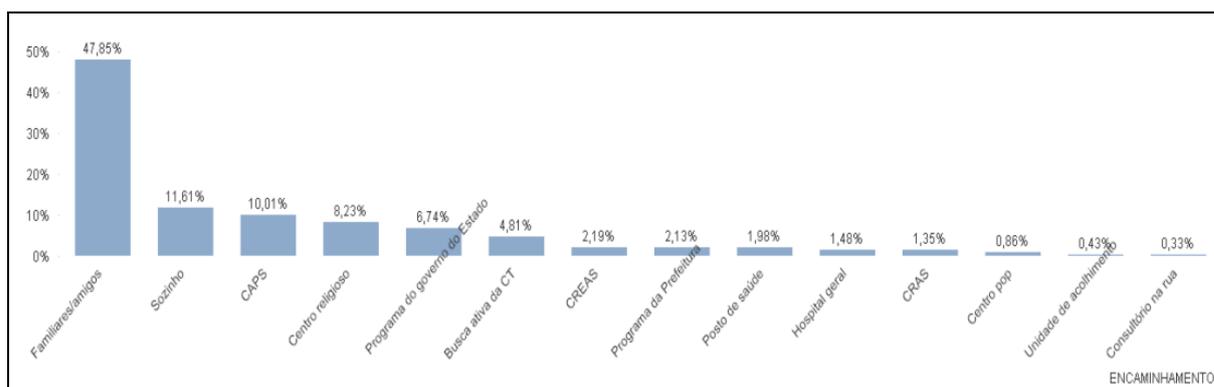
A rede de comunidades terapêuticas ilustrada acima corresponde às unidades que estão cadastradas junto Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e, portanto, estão submetidas aos mecanismos regulatórios do Estado. O objetivo do governo federal ao cadastrar as CT's em seus programas é reduzir tempo e custo operacional do tratamento da dependência química, prevendo a utilização da estrutura preexistente para aumentar o acesso às oportunidades de tratamento. É uma importante rede de apoio por estar distribuída em lugares que as entidades estatais não se instalaram. Diante das exigências feitas para que comunidades terapêuticas possam firmar contratos junto à SENAD e assim receber os repasses do governo federal, muitas acabam não se submetendo aos editais. Mas o não estabelecimento de parceria com o governo federal não exime essas CT's de cumprir as normas de funcionamento estabelecidas pela ANVISA (RDC nº29/11).

Algumas unidades não vinculadas ao SENAD se filiam às federações regionais e nacionais. Neste caso, além de observar os critérios estabelecidos pela ANVISA, elas também se submetem a um padrão organizacional e terapêutico proposto por essas federações. Essa condição para filiação é um dispositivo que as federações encontraram para diferenciar o trabalho desenvolvido das comunidades terapêuticas filiadas das unidades, muitas vezes clandestinas, que funcionam sem nenhum tipo de vinculação institucional (pública ou privada) que constrija possíveis ações que ferem direitos básicos de seus internos.

Segundo levantamento do SENAD (BRASIL, 2016b), a pouca parametrização dos serviços prestados pelas CT's e a baixa qualidade dos serviços ofertados são a causa da maior parte das desistências do tratamento por parte dos internos. Quase 65% dos que buscaram os serviços das comunidades terapêuticas abandonam ou se desligam das unidades em que foram

internados. Outro problema é que a rede de CT's não é altamente territorializada⁶⁸, o que significa que os internos estarão longe de seus municípios de origem e de suas famílias. Podemos interpretar esse aspecto como um ponto de fragilidade, uma vez que 47% da procura pelos serviços das comunidades terapêuticas vêm da rede familiar. Do mesmo modo que as CT's não atendem a demanda territorial de atendimento aos usuários de drogas, as iniciativas totalmente públicas parecem não utilizar dos serviços prestados por estas comunidades como rede de apoio complementar as redes de saúde e assistência. O gráfico abaixo mostra que somente 27,5% da busca pelas CT's ocorrem via instâncias governamentais ou instituições específicas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ou pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Gráfico 1 - Origem dos pedidos de encaminhamentos as Comunidades Terapêuticas



Fonte: Relatório “Uma política sobre drogas é uma política sobre pessoas” (BRASIL, 2016b).

De acordo com a avaliação do atual cenário que se inscrevem as comunidades terapêuticas, o SENAD traçou um projeto que trabalha estas unidades em três eixos: avaliação e fiscalização da prestação de serviços das unidades cadastradas; integração à rede RAPS e SUAS; e, qualificação dos serviços prestados, capacitando pessoal e promovendo boas práticas. Cabe lembrar que as CT's que não estão inscritas junto à Secretaria Nacional de Política sobre Drogas não recebem financiamento do Governo Federal e não participam dos programas de qualificação. Além disso, as unidades cadastradas devem oferecer o aparelhamento de suas instalações, já que a vinculação ao SENAD não financia reformas e equipamentos. Todas as etapas deste projeto devem estar executadas e serão avaliadas, segundo a metodologia desenvolvida, até 2021.

⁶⁸ Nas figuras 1 e 2 podemos observar que as Comunidades Terapêuticas formam uma considerável rede de atendimento concentrada nas regiões metropolitanas. Os pontos assinalados em vermelho mais intenso indicam a existência de mais de uma unidade na região indicada.

2.4 Principais críticas aos modelos de CT

O trabalho de Maxwell Jones nos anos 1950 é apontado como um dos percussores, dentro da psiquiatria, das terapias de grupo nas quais se baseiam as comunidades terapêuticas. Por isso, partimos das dificuldades que o próprio autor apontava para o pleno reconhecimento dessa alternativa de tratamento dentro da comunidade médica. Jones (1972) é categórico ao comentar que o trabalho de grupo na recuperação de distúrbios mentais altera a hierarquia médica já estabelecida, na qual o profissional de saúde é a figura central do tratamento. A primeira razão desse deslocamento é que o trabalho fora dos hospitais psiquiátricos ganham componentes sociais importantes ao agregar a família, a cultura e outros elementos do meio que o paciente vive. Nesse caso, o profissional de assistência social estaria mais habilitado a exercer as atividades junto ao paciente, mediando suas relações com o mundo. Isso implica também na flexibilização da fronteira “saúde x doença”, uma vez que, alguns distúrbios mentais têm origem nos dispositivos sociais que não podem ser curados sem o envolvimento do grupo ao qual pertence o doente. Isso também teria a ver com a legitimidade da psiquiatria perante a população em geral, que reconhece que intervenções psiquiátricas podem ser benéficas sem, contudo, elaborar que tipo de pessoa depende deste tipo de cuidado médico.

Na mesma linha de Jones, Osório *et. al.* (1989) relaciona que as especialidades médicas enfraquecem os vínculos com a saúde comunitária, dificultando a elaboração de uma rede eficiente de cuidado com a saúde coletiva.

Uma vez enfraquecido o vínculo com a realidade externa, uma série de patologias sociais toma lugar: os profissionais de saúde de nível superior, por melhor que seja sua qualificação, passam a executar tarefas que poderiam perfeitamente ser realizadas por pessoal de nível médio, auxiliar ou por voluntário. Os profissionais da saúde tendem ao individualismo e a preservar seus interesses, formando-se dentro dos serviços grupos independentes que pouco se comunicam entre si. A rigidez dos papéis dos profissionais só encontra paralelo na sua resistência a mudanças, e uma das suas fugas naturais é uma ênfase à prática de especialidades. (OSÓRIO *et. al.*, 1989, p. 311).

Essas colocações realizadas há algumas décadas ainda são pertinentes na discussão sobre a legitimidade dos métodos aplicados pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil. O campo envolve a disputa da legitimidade das práticas de cura de patologias decorrentes do abuso de substâncias psicoativas e a autoridade sobre a definição da classe profissional capaz de estabelecer se dado comportamento é normal, patológico ou desenquadrado em relação às expectativas socialmente estabelecidas para os comportamentos. Além da discussão sobre a

melhor alternativa para lidar com o problema “drogas”, também há em campo uma disputa sobre a autoridade do tema.

As comunidades terapêuticas no Brasil são entidades socialmente estabelecidas, mas que ainda carecem de reconhecimento por parte dos profissionais de saúde e assistência social. Os especialistas questionam, inclusive, se as drogas (especialmente o crack) consistem em epidemia no país para haver necessidade governamental de financiamento deste tipo de iniciativa. Representantes do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em pronunciamento no Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizado em 2015, afirmam que as CT's constituem práticas contrárias ao caráter republicano e a laicidade do Estado que norteiam as políticas públicas (CFP, 2015). Segundo os críticos, as metodologias desenvolvidas por estas comunidades são baseadas em moral religiosa como estratégia de cura pela criação de uma identidade em que o sujeito se reconhece como culpado e inferior, substituindo a dependência química pela dependência de um ideal comportamental.

Outra crítica realizada baseia-se no relatório sobre locais de internação para usuários de drogas, elaborado pelas Comissões de Direitos Humanos do Sistema Conselhos de Psicologia⁶⁹ (CFP, 2011). O relatório aponta que parte das instituições visitadas tem estrutura física e sanitária precárias, ausência de profissionais especializados e, como regra geral, os direitos dos internos são banalizados. São frequentes relatos de violações como interceptação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos inconstitucionais, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras situações de desrespeito aos direitos dos pacientes. Além disso, a atividade laboral obrigatória e não remunerada e o rompimento com os laços afetivos e sociais (metodologias utilizadas pela maior parte das comunidades terapêuticas) também são consideradas violações graves de direitos. A submissão às atividades religiosas não atinge somente os internos: quando presentes no quadro de profissionais das CT's, os profissionais de saúde e assistência social são constrangidos a submeter o saber técnico às normas religiosas.

Uma das principais críticas feitas no relatório é a falta de garantias de atendimento humanizado nas unidades de internação. Governo e sociedade ignoram as condições a que estão submetidos os internos nessas instituições, o que torna as comunidades terapêuticas centros de “recolhimento” que recebem altos repasses de recursos públicos, sem que sejam

⁶⁹ Órgão dos conselhos nacionais e regionais de psicologia, composto por psicólogos filiados. Entre outras atribuições, a comissão organiza vistorias anuais com o objetivo de intervir e propor recomendações em situações onde os direitos humanos são violados, sobretudo quando essas violações produzem sofrimento mental.

fiscalizadas tanto as condições de internação quanto a utilização do dinheiro investido. Segundo os profissionais da Comissão, as metodologias restritivas e punitivas a que são submetidos os internos são descontextualizadas da natureza transgressora humana, o que aponta a uma dissonância entre a prática nas CT's e os contextos históricos e políticos que se inserem as drogas. O relatório ainda afirma que, os sujeitos são tratados nessas unidades de internação como indivíduos que devem ser corrigidos, num esforço normativo que reduz pessoas a objetos (CFP, 2011, p. 11).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) não considera as comunidades terapêuticas seguras para o acolhimento de dependentes químicos que necessitam de internações compulsórias ou involuntárias por não se tratar de um estabelecimento de saúde. A ressalva é que a presença do profissional de saúde tem sido pouco solicitada nesse tipo de estabelecimento, uma vez que não é obrigatória. A entidade não desconsidera que possa haver benefícios nesse tipo de alternativa terapêutica, segundo parecer do relator da Comissão Técnica de Psiquiatria, o psiquiatra Carlos Alberto Iglesias Salgado:

[...] os mecanismos de funcionamento se tornam efetivos quando aplicados em ambientes participativos (ou democráticos) e organizados hierarquicamente e quando a permanência em internação for bastante dilatada. Deixando bem claro, esse sistema produz seus efeitos a médio e longo prazo porque requer a introjeção do funcionamento institucional pelos que lá forem internados, no caso de ambientes médicos, ou acolhidos, no caso de ambientes não médicos. (CFM, 2015, p. 5).

Apesar de reconhecer que as CT's podem funcionar como alternativa de tratamento dadas condições democratizantes e ambientais, resguardada a gravidade do transtorno psíquico do paciente, o parecer do CFM considera que não existe atualmente comunidade de fato terapêutica. As unidades existentes no Brasil são consideradas instituições totalizantes que pretendem adequar seus internos a expressões comportamentais favoráveis ao ambiente. O Conselho alega que ocorre superestimação dessas unidades de acolhimento em relação, sendo obscuros para o público os casos de violência, intimidação, descumprimento de ordens e respostas não-lineares ao tratamento proposto.

A Comunidade Terapêutica não é uma instituição, mas uma estratégia que pode ser aplicada em ambientes com perfil para tutela, guarda e proteção do indivíduo que dela necessita e que possa estar compulsoriamente, involuntariamente ou voluntariamente em suas dependências. Não cabe dizer se segue modelo conduzido por psiquiatras ou não, porquanto a estratégia pode ser aplicada do mesmo modo em presídios e em hospitais psiquiátricos. O que os diferencia é a atividade finalística. (Ibidem, p. 10).

A crítica feita pelo CFM ao modelo das CT's presentes no Brasil pesa sobre os métodos que visam cumprir com a cura proposta. Essa crítica vai ao encontro do

posicionamento do CFP e do CFESS sobre as comunidades terapêuticas constituírem, hoje, instituições totalizantes. O parecer do CFM ainda reconhece que estender as exigências feitas aos estabelecimentos de saúde às CT's inviabilizaria o desenvolvimento deste trabalho de caráter popular. Considera que a submissão voluntária do interno e o respeito às posições de diversidade e democracia oriundas do modelo hierárquico horizontal, pode levar a presença do profissional de saúde a ser desconsiderada nesses ambientes. Contudo, a nota rechaça o comportamento de reforçar que a autoridade médica consiste em força hierarquizante e autoritária nos ambientes de saúde. Os autores relatam que está é uma visão erroneamente alimentada por movimentos que pretendiam a desospitalização nos anos 70.

A normativa do CFM dá ao profissional de saúde a autoridade de identificar os indivíduos acometidos por patologias (incluindo as patologias mentais) e, neste caso, encaminhar a uma instituição médica. As CT's são consideradas estratégias de abordagem e não uma instituição hospitalar, portanto, não devem os médicos encaminhar os pacientes a estas entidades. A premissa é que se o paciente necessita de encaminhamento para alguma entidade de tratamento por falta de capacidade permanente ou transitória, trata-se, nesse caso, de uma patologia e as CT's não estão habilitadas a cuidar destes casos.

2.5 O Estado como arena entre as CT's e os Conselhos de profissionais de saúde e assistência social

Nos anos 1990, as comunidades terapêuticas haviam se disseminado como importante alternativa caritativa entre grupos católicos e evangélicos, constituindo-se como uma rede alternativa para a internação de dependentes químicos. O modelo de gestão autossuficiente possibilitou que os internos custeassem parte de sua internação, através de produtos vendidos com a “marca” da instituição de internação. Os recursos também provinham de doações ou era complementado por familiares dos residentes, o que tornava as CT's mais acessíveis do que os poucos hospitais públicos especializados em dependência química e mais barato do que as vagas em clínicas privadas.

As comunidades terapêuticas paulatinamente assumiram a execução das políticas públicas voltadas para internação e ressocialização de usuários de drogas. Graças à reforma gerencial do Estado brasileiro, a União pode conceder administrativamente a prestação de serviços sociais para entidades de direito privado, desde que a concessionária respeite o caráter universal⁷⁰ do serviço prestado e que não objetive lucro para seus proprietários

⁷⁰ Todo cidadão deve ter acesso ao serviço prestado.

(MOTTA, 2000; NIEBUHR, 2008). Essa política de governabilidade democrática permitiu que se firmassem contratos entre instituições da sociedade civil e o Estado, em um movimento de *descentralização* que é

[...] estabelecida como o partilhamento de poder entre as esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da “reforma” e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social. (BEHRING, BOSCHETTI, 2011, p.156).

Desde 2010, quando começaram os esforços para integrar as comunidades terapêuticas à rede de assistência pública voltada para o atendimento de dependentes químicos e seus familiares, as federações das CT's, os representantes dos conselhos de classe na área da saúde e assistência social e os representantes das agências regulamentadoras (SENAD, ANVISA, entre outras) estão em intensa disputa sobre os limites e possibilidades de atuação das comunidades como alternativa de recuperação oferecida pelo Estado. O impasse sobre as controvérsias normativas interfere diretamente sobre o repasse de verbas governamentais para as CT's, além de questionar constantemente a eficiência desse tipo de alternativa terapêutica.

Do ponto de vista legal, as comunidades terapêuticas são entidades beneficentes de assistência social⁷¹ na área da saúde, de gestão da iniciativa privada e sem fins lucrativos. Sua finalidade é a prestação de serviços de atendimento e acolhimento em regime residencial e transitório para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2013). Elas são consideradas alternativas complementares a outros tratamentos de recuperação de dependentes químicos. Por meio da aprovação da medida provisória MPV 620/13 (convertida na Lei 12.868/13), elas puderam ser certificadas como entidades de saúde se destinarem pelo menos 60% de seus serviços ofertados para o SUS (salvo exceções estabelecidas na MP) e permitirem a participação de gestores do Sistema Único de Saúde do estabelecimento e execução das metas de serviço. Esses critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde complementam a RDC nº 29/11 (que substituiu a RDC nº101/01) que trata dos critérios da ANVISA para o funcionamento das CT's.

A tensão entre legisladores, representantes das comunidades terapêuticas e representantes dos conselhos de classe se dá porque as exigências que recaem sobre as CT's são mais flexíveis do que aquelas que pesam sobre os outros estabelecimentos de saúde. Além disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) alega que a rede psiquiátrica hospitalar foi

⁷¹ Nomenclatura da Lei 12.101/09 que substituiu o termo “entidades filantrópicas” (BRASIL, 2009).

desmontada após a Reforma Psiquiátrica de 2001, que restringiu as medidas de internação de pacientes com transtornos mentais.

Emmanuel Fortes, da Associação Brasileira de Psiquiatria, acredita que o debate sobre a reforma psiquiátrica no Congresso Nacional começou de forma preconceituosa com relação aos médicos. “O projeto de lei que deu início à discussão, e que não foi aprovado, do deputado Paulo Delgado (PT-MG), tratava psiquiatras como sequestradores, violadores dos direitos fundamentais do ser humano e cúmplices de crimes que chegariam à tortura. Era um viés ideológico”, afirma. Por conta das denúncias e desse projeto, Fortes entende que se “criou uma animosidade contra o hospital psiquiátrico, de tal forma que perdemos 90 mil leitos desde que começou essa famigerada ideia de que os hospitais fazem mal. Faz mal um mau hospital. O bom hospital faz bem à saúde da população”, argumenta. Ele defende o retorno de investimentos públicos em hospitais psiquiátricos especializados para os tratamentos mais complexos, inclusive dos dependentes de drogas, e contesta a interpretação dada pelo Ministério da Saúde à Lei 10.216/01. “Essa lei foi feita para disciplinar o hospital psiquiátrico e não para destruí-lo. Foi feita para dizer: funcione com uma equipe competente, multiprofissional. Se não tiver médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional, o local será considerado um asilo, impróprio para o tratamento. E hoje nós estamos vendo proliferar os Caps, e até outros estabelecimentos, sem quaisquer condições de obedecerem a esse pressuposto definido na lei para a internação de doentes psiquiátricos”, afirma o representante da ABP. (SENADO FEDERAL, 2011, p. 44)

“Precisamos ter o entendimento de que não é um problema para ser apropriado por religiosos. Queremos uma frente parlamentar, mas não uma frente parlamentar controlada pela religião. O Estado é laico, na forma da lei”, afirma [o diretor do CRM/PE, Ricardo Albuquerque] Paiva. [...] Tanto o Conselho Federal de Medicina quanto a Associação Brasileira de Psiquiatria consideram que as boas comunidades realizam efetivamente o acompanhamento, a assistência e a reinserção social dos dependentes, mas se ressentem do que consideram ser uma invasão da área médica. Isso porque muitas comunidades oferecem, em substituição ao tratamento médico, programa terapêutico cuja eficácia não é comprovada por evidências científicas. (Idem, p. 64-65)

A polêmica se acirrou quando a RDC nº29/11 permitiu que qualquer profissional com nível superior fosse registrado como responsável técnico pelas instituições. Pelas disposições da resolução anterior, o responsável técnico deveria ser um profissional de saúde ou de assistência social. Esta alteração foi necessária quando responsáveis por importantes comunidades terapêuticas deixaram de se submeter ao primeiro edital do SENAD (edital 01/10) para o estabelecimento dos contratos de prestação de serviço por entender que não tinham condições ou interesse de atender as normas previstas em edital (SENADO FEDERAL, 2011).

Nesta época, havia o entendimento dos legisladores e dos conselhos de classe da saúde e assistência social de que as comunidades terapêuticas prestavam serviços de saúde e, como tal, deveriam estar submetidas às rígidas normas destinadas a estes estabelecimentos, expostas

na RDC nº50/02. Além deste entrave normativo, as CT's estavam desde o início dos anos 1990 tentando padronizar suas atividades para que instituições não comprometidas com a recuperação de dependentes químicos não pudessem se apresentar como comunidades terapêuticas. Para sanar essas duas dificuldades, as comunidades terapêuticas federadas pressionaram o legislativo, desde 2014, para a aprovação do Marco Civil Regulatório das Comunidades Terapêuticas, aprovado posteriormente pela resolução nº1/15 do CONAD. Pelo Marco, as CT's são oficialmente reconhecidas como entidades de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social de usuários de drogas (BRASIL, 2015). Isso as diferencia dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) definidos como edificações destinadas à “prestação de assistência à saúde à população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de complexidade” (BRASIL, 2006a, p.138).

Todavia, o impasse ainda está longe de chegar a termo. Em agosto de 2016, o Ministério Público Federal de São Paulo (MPF-SP) suspendeu o Marco Regulatório, alegando que o mesmo representa uma manobra para que as CT's recebam recursos destinados aos estabelecimentos de saúde, sem que seja necessária a adequação às normas de funcionamento das EAS. O entendimento é que a resolução do CONAD permite flexibilização dos serviços prestados pelas comunidades terapêuticas, a ponto de não poder garantir que os direitos dos internos não sejam violados. Mais do que um entendimento de que as comunidades terapêuticas colocam em risco a integridade física e psicológica dos internos, a ação civil pública protocolada pelo Ministério Público atende a demanda dos conselhos de saúde e assistência social ouvidos em todo o processo de regulamentação das comunidades terapêuticas.

Esclareça-se que durante a tramitação da proposta da mencionada Resolução houve a submissão desta a duas audiências públicas e a duas consultas públicas. Entretanto, importantes órgãos, entre eles, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, os Conselhos Regionais de Psicologia de São Paulo e do Rio de Janeiro, o Conselho Federal de Serviço Social, o Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, além da Associação Brasileira de Saúde Mental – Abrasme e do Conselho Nacional de Saúde, manifestaram-se contrários à aludida proposta, em síntese, por entenderem que as comunidades terapêuticas se enquadram como equipamentos de saúde, e não como “apoio”, conforme definido na Resolução CONAD nº 01/2015. Logo, devem atender ao regime jurídico do Sistema Único de Saúde - SUS e do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (docs. 02, 03, 04, 05, 06, 07 e 08). (BRASIL, 2016a).

Para rever a situação membros da CONFENACT tem se reunido com membros e órgãos do executivo nacional, a exemplo da reunião em 22 de setembro de 2016 com o presidente da república em exercício na ocasião, o deputado Rodrigo Maia. Em nota oficial sobre o caso, a CONFENACT afirma que o Marco representa justamente a segurança jurídica para as atividades executadas por comunidades terapêuticas:

O objetivo principal do Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas é dar segurança jurídica, regulamentando um serviço de grande interesse público que é prestado pelas entidades do terceiro setor há mais de 45 anos no Brasil. Serviço este que é contratado por governos municipais, estaduais há muitos anos, e nos últimos anos pelo Governo Federal, via SENAD. A resolução 01/2015 questionada pelo ministério público busca justamente ser um parâmetro e critério legal para evidenciar e auxiliar as Comunidades Terapêuticas que trabalham de forma séria e profissional, facilitar o relacionamento entre as mesmas e os órgãos públicos e trazer um atendimento adequado e de alto nível para os acolhidos e seus familiares, proporcionando mais segurança para ambos (CONFENACT, 2016).

Até o momento de finalização deste trabalho, o caso continua em aberto.

CAPÍTULO 3

AS TERAPÊUTICAS ESPIRITUAIS E O SABER MÉDICO EM DISPUTA: O CASO DA FAZENDA DA ESPERANÇA

Conforme demonstramos no capítulo anterior, a eficácia terapêutica dos métodos baseados na espiritualidade e no labor para recuperação e reinserção na sociedade dos dependentes químicos é questionada por especialistas em saúde e assistência social. Contudo, a disputa pela legitimidade deste campo se tornou significativa desde que as comunidades terapêuticas foram inseridas dentro das políticas governamentais, a partir de 2010. Anterior a este período, a terapêutica comunitária era um tema de discussão entre profissionais da psiquiatria que questionavam a eficiência do método, comparando-o com a hospitalização dos pacientes com distúrbios mentais. Tais abordagens tratavam a confessionalidade das instituições que aplicavam o método comunitário como questão periférica e as críticas feitas as CT's eram em tons de denúncia sobre casos de violação dos direitos dos internos. Nesses debates, a regulamentação governamental do funcionamento destas comunidades religiosas não se apresentava como prioridade entre as pautas dos conselhos de classe dos profissionais de saúde e assistência social.

O caráter social precede a natureza médica do argumento que opõe os conselhos de classe e os representantes das comunidades terapêuticas. A dúvida sobre a eficiência das

metodologias comunitárias desenvolvida por instituições confessionais de recuperação da dependência química fundamenta-se na presença de forte componente disciplinador na proposta terapêutica. Aqueles que se opõem a tal metodologia temem que nestas instituições ocorra a conversão de indivíduos fragilizados psicologicamente. Já aqueles que defendem a validade das metodologias das CT's argumentam que a disciplina é necessária para a organização dos espaços de convivência dos internos e que seu fim não é a conversão, mas a redefinição de uma identidade baseada em valores que afastam o indivíduo da sua condição de adicto.

O tema comunidade terapêutica despertou interesse durante uma mobilização para arrecadar recursos para a sede da Fazenda da Esperança, localizada no município Guarará, a 40 km de Juiz de Fora, Minas Gerais. O contato com o tema ocorreu na Paróquia de Santa Rita de Cássia, no início de 2013. Nesta mobilização não foi pedido doações diretamente para a comunidade. A ajuda à instituição seria prestada ao adquirir produtos produzidos pelos internos da Fazenda da Esperança, o que chamou especial atenção, já que esse é um recurso pouco habitual quando observamos ações religiosas de filantropia. Tanto nas ocasiões de celebração quanto em conversas com moradores da redondeza (incluindo alguns que não são católicos), dois argumentos frequentes legitimavam esse tipo de instituição. O primeiro é o potencial destruidor das drogas, baseado no fato de que todos conhecem⁷² ao menos um caso de pessoas que abandonaram a convivência com família, amigos e o trabalho em função da dependência química. O segundo argumento é que o “governo” não toma providências para “acabar” com as drogas. Desta forma, qualquer iniciativa que tenha como objetivo afastar as pessoas das drogas é bem vista, num cenário que a ligação confessional é um dado irrelevante para estas pessoas.

O interesse pela Fazenda da Esperança se transformou em objeto de pesquisa quando verificada as informações institucionais através do *site* do projeto. O projeto era geograficamente relevante e demonstrava fôlego administrativo, se considerado o longo período de existência. Na busca pelo termo “Fazenda da Esperança” em páginas de pesquisa, era possível verificar a presença dos membros da administração da instituição em sessões legislativas federais e estaduais, além do reconhecimento da Igreja Católica, tendo recebido a visita do papa Bento XVI na sede de Guaratinguetá (SP). Nessa busca também foi possível

⁷² Geralmente, “ouvir falar” de algum caso ocorrido no círculo de relações de terceiros é suficiente para afirmar categoricamente que as drogas estão presentes na realidade das pessoas com quem conversei. No entanto, nenhuma pessoa com quem conversei na época de fato conviveu com algum ente ou amigo viciado em substâncias ilegais. Outro aspecto frequente nessas conversas é a atribuição de um potencial devastador à maconha. Todos preocupam em se afastar dos indivíduos que são apontados com usuários dessa droga, mesmo que nenhum tenha apresentado outros comportamentos delinquentes.

verificar antagonismos no campo, como polêmicas sobre violação de direitos humanos em comunidades terapêuticas, a regulamentação e a fiscalização pouco parametrizada por parte dos órgãos governamentais (ANVISA, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, etc) e as polêmicas em torno das condições de repasses de verbas públicas para estas instituições. Alguns nomes apareciam com frequência como representantes das comunidades terapêuticas, a exemplo do padre Haroldo Rahm, do bispo Dom Irineu Danelon e do frei Hans Stapel, fundador e responsável pela Fazenda da Esperança.

Como projeto de pesquisa, a Fazenda da Esperança também apresentava viabilidade de acesso. Não existem restrições significativas no acesso às sedes e aos internos, sendo necessário apenas comunicar a intenção de visita, caso esta ocorra em dias que não existem atividades que liberadas para a participação do público. A sede de Guarará foi escolhida como ponto-de-partida pela proximidade com meu município de residência.

Na elaboração do projeto desta pesquisa a ideia era verificar como a Igreja Católica se situava no espaço público brasileiro, atuando em parceria com o Estado na execução de políticas públicas. A hipótese inicial era de que a Igreja utilizava de sua influência junto aos segmentos marginalizados da sociedade para a manutenção de sua autoridade e influência nos assuntos de interesse público. Por meio da prestação de serviços ao Estado, a Igreja conseguiria difundir sua base ideológica para os indivíduos nas zonas de influência de suas paróquias. Para comprovar esta hipótese, busquei iniciativas de administração católica que congregassem indivíduos de diferentes origens sociais e que não necessariamente se identificavam como católicos. Para efeitos da pesquisa, essa “diversidade” em um ambiente de matriz católica funcionaria como um possível grupo de controle.

Nessas circunstâncias, considerava a Fazenda da Esperança como uma instituição total aos moldes do que definiu Erving Goffman (1992), ou seja, um ambiente enclausurador regido por uma autoridade central cujos indivíduos internados rompem com o mundo social exterior e nele executam todos os aspectos da vida social (trabalho, lazer, descanso, etc) por determinado período de tempo ou mesmo durante toda sua vida. Goffman ainda ressalta como essas instituições tendem a subtrair do indivíduo qualquer expressão de individualidade e autonomia, momento em que os internos passam a refletir os valores e comportamentos impostos pela instituição. Após as leituras preliminares e a inserção em campo percebi que a realidade se apresentava de modo distinto da expectativa acima. A primeira consideração que faço é que essa construção da Igreja como instituição de interesses que extrapolam os discursos de seus representantes é, pra dizer o mínimo, ingênua, tautológica e maniqueísta. Com as alterações nas diretrizes da pesquisa passamos a focar *como* essa relação institucional

é realizada dentro do recorte temporal e institucional proposto. Também foi possível traçar tendências do comportamento da Igreja Católica no espaço público brasileiro.

3.1 Primeiras impressões da visita à Fazenda da Esperança

Durante os meses de outubro e novembro de 2014 foram realizadas algumas visitas às sedes da Fazenda da Esperança em Guarará, Minas Gerais (centro de recuperação masculino) e em Guaratinguetá, São Paulo (centro de recuperação feminino). As duas visitas ocorreram em dias em que as sedes estavam fechadas para as atividades voltadas para a integração da comunidade e, portanto, foi necessária permissão prévia para realizar a inserção em campo. Os contatos foram realizados, poucos dias antes via telefone e e-mail, com os responsáveis administrativos das Fazendas visitadas. A dimensão ética foi respeitada ao informar que a intenção da visita era a coleta de dados para uma pesquisa social sobre o trabalho desenvolvido nas unidades. Solicitei também que algum responsável inteirado dos aspectos burocráticos pudesse me acompanhar ou responder as questões que eventualmente pudessem surgir. Não houve nenhum obstáculo imposto pela administração das unidades contatadas, apenas a informação de que seria necessário o agendamento prévio (acertado durante este primeiro contato) da entrevista.

Busquei acompanhar o dia-a-dia dos internos. Fui apresentada a todas as instalações pelo responsável designado (a saber, os “padrinhos”⁷³ das unidades), embora a expectativa de ser recepcionada pelo coordenador das unidades tenha sido frustrada. Fui informada que eles estão constantemente fora das Fazendas da Esperança, cumprindo compromissos de divulgação e busca de parcerias para o projeto, agendas burocráticas e participando de cursos de reciclagem dos métodos de trabalho e de gestão. Contudo, nenhuma informação foi sonegada pelos padrinhos e tive liberdade para falar com os internos – com a única recomendação de não insistir caso alguém recusasse a falar sobre qualquer tema. Também pude manter contato por e-mail com Dona Iraci Leite, uma das fundadoras do projeto e que dedica sua vida à instituição até os dias atuais.

A princípio, a ideia era fazer de Guarará meu campo de pesquisa, uma vez que está localizado a 40 km de meu município de residência (Juiz de Fora). Todavia, este plano logo se

⁷³ Os membros da Família da Esperança que se dedicam ao trabalho com os internos da Fazenda da Esperança têm seus papéis identificados por nomenclaturas de parentesco (pai/mãe e padrinho/madrinha). Essa é uma estratégia de pessoalidade para que o conceito de família seja vivido de modo orgânico pelos internos, além de se distanciar da hierarquia característica de instituições hospitalares. Na Fazenda os internos não são “pacientes”, eles são corresponsáveis pela própria recuperação. Os padrinhos com quem conversei ressaltam que isso é importante para que os internos tenham nesses membros da Família da Esperança uma referência saudável de comportamento durante o processo de ressocialização, assim como os pais deveriam ser para os filhos durante a vida.

revelou inviável já que uma questão de gênero configurou-se como barreira para transitar nos ambientes e realizar as entrevistas. Os indivíduos internados na unidade mineira não podem ficar a sós com mulheres, implicando em não-autorização para visitar as residências dos internos. A visita, portanto, esteve restrita as áreas de trabalho e ambientes externos da unidade.

A visita à unidade de Guarará ocorreu em outubro de 2014. Nas entrevistas com os residentes, o padrinho esteve por perto para manter entrevistador e entrevistado sob observação. Na ocasião, eu também não me senti muito confortável em ser a única presença feminina do ambiente, o que prejudicou o desempenho das entrevistas. Acabei recebendo os relatos sobre o ingresso dos residentes nas carreiras⁷⁴ de usuário e sobre acesso a auxílios governamentais para fomentar a internação. Todavia, quando as questões abordavam religiosidade e obrigatoriedade de algumas atividades na rotina de internação, percebi que as respostas foram muito semelhantes às informações institucionais disponíveis no site da Fazenda e em outras fontes de pesquisa, como entrevistas com membros do projeto e internos, relatórios legislativos, entrevistas e reportagens em diferentes veículos de informação e documentos das federações de comunidades terapêuticas.

A visita à unidade feminina de Guaratinguetá, interior de São Paulo, ocorreu em novembro de 2014. Fui recebida pela madrinha responsável pelo local. Ela me explicou a rotina da unidade, deu detalhes sobre sua vivência junto às internas, os objetivos e métodos da Fazenda da Esperança. Depois de algum tempo de conversa, ela me apresentou à algumas residentes que estavam nos últimos meses de sua internação e que ficaram responsável por me integrar as outras internas. Diferentemente de Guarará, foi possível realizar todas as entrevistas sem a presença dos responsáveis pelo local e visitar todas as instalações (incluindo as residências)⁷⁵. Também foi possível participar das atividades laborais e recreativas, além de me instalar parte do tempo na residência de membros da Família da Esperança⁷⁶ responsáveis pela coordenação da unidade, integrando todo o dia de rotina das internas.

⁷⁴ “Carreira” é o termo utilizado por Becker (2008) para designar as etapas que o indivíduo percorre até abandonar um determinado padrão de comportamento desviante ou consolidar sua identidade a partir do desvio.

⁷⁵ Não realizei a visita ao projeto Casa Sol Nascente (para cuidados de pessoas com HIV em estado terminal) que fica dentro da sede porque não consegui manter a estrutura emocional necessária para tal. Contudo, não acredito que houve prejuízos para o projeto, uma vez que não é usual as residentes da Fazenda se envolverem com atividades relevantes da Casa.

⁷⁶ Nome dado à associação de fiéis que optaram por consagrar suas vidas às Obras da Esperança, desejosos de um estilo de vida comunitário baseado na vivência do Evangelho. É composta por pessoas que nunca tiveram problemas com drogas, incluindo casais com filhos e também por egressos da Fazenda da Esperança. A vida consagrada oficialmente diz respeito àqueles que fizeram votos (sacerdotes e freiras), mas nos últimos anos a Igreja Católica têm reconhecido que os leigos que se dedicam à vida em Comunidade também têm sua

A experiência na unidade masculina foi produtiva para entrar em contato com o modelo de gestão das unidades da Fazenda da Esperança, mas foi mais completa quando cheguei a Guaratinguetá. Esta unidade foi escolhida por ser uma sede feminina, além de operar também como centro de treinamento para membros da Família da Esperança e de outras comunidades terapêuticas que desejam atuar neste tipo de instituição. Guaratinguetá é onde funciona a matriz do projeto e é a unidade em que os membros fundadores estão lotados. Não foram realizadas entrevistas presenciais com os fundadores, uma vez que eles frequentemente se deslocam para cumprir compromissos institucionais ou realizar visitas em outras unidades da Fazenda. Esta etapa foi realizada por e-mail com Iraci Leite, com quem estive em contato desde o início da pesquisa para levantar informações necessárias sobre a Fazenda da Esperança. As reflexões deste trabalho se pautaram nas visitas às duas unidades mencionadas, uma vez que foram etnografias complementares uma a outra. Através destas visitas também adquirimos elementos de contraste, contextualizando os argumentos levantados nos documentos e nas declarações públicas dos atores que disputam a legitimidade do campo.

3.1.1 Gênese, estrutura e metodologia terapêutica da Fazenda da Esperança.

A Fazenda da Esperança é uma comunidade terapêutica, sendo o principal empreendimento da Obra Social⁷⁷ Nossa Senhora da Glória. Seu principal projeto é a recuperação de dependentes químicos, com idades entre 15 e 45 anos, sem utilizar de aparatos médicos ou farmacológicos. É a maior CT da América Latina, atuando em 15 países de quatro continentes, além das 72 unidades distribuídas em 24 estados brasileiros e o Distrito Federal. O trabalho de recuperação das Fazendas da Esperança é voltado para homens e mulheres, mas as unidades são separadas por gênero, como forma de resguardar a privacidade dos internos e evitar que o foco da recuperação seja desviado em virtude de possíveis interesses sexuais. Todos os residentes precisam manifestar voluntariamente o desejo de se submeter ao processo

vida consagrada pelo alto grau de comprometimento com a proposta de vida do Evangelho (Cf. *Membros de novas comunidades falam o que é ser leigo consagrado*, por Alexandre Santos, 2015).

⁷⁷ Obra social foi utilizada a despeito da Comunidade Terapêutica, por ser a natureza jurídica do empreendimento, segundo o registro de atividade no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). A CT Fazenda da Esperança é a principal atividade da obra social, mas também há creches, abrigo para soropositivos em estado terminal, lar para crianças abandonadas e em situação de risco, moradores de rua e famílias carentes, programa de reciclagem, entre outros. Algumas dessas atividades partilham o espaço físico das unidades da Fazenda, outras não. Os repasses de verbas do SENAD e a renda levantada pela venda dos produtos produzidos pelos internos são aplicados somente na atividade da comunidade terapêutica. Cada uma dessas obras possui fonte de renda própria. Os recursos são partilhados quando as doações são realizadas em nome da Obra Social Nossa Senhora da Glória.

de recuperação da CT. A metodologia de recuperação do dependente químico consiste em um “processo pedagógico”⁷⁸ de doze meses, focado em atividades voltadas para o trabalho, a espiritualidade e a família (tripé metodológico), cujo objetivo é a conversão do interno a um novo estilo de vida.

O projeto nasceu em Guaratinguetá, interior de São Paulo, no ano de 1983, por iniciativa do leigo Nelson Giovanelli Rosendo dos Santos e do frei franciscano Hans Stapel. Eles acolheram em uma residência, posteriormente doada à Obra Social Nossa Senhora da Glória, jovens usuários de drogas que circulavam nas mediações da paróquia que dá nome à obra e da qual frei Hans era o pároco. A aproximação desses jovens se deu pelo trabalho missionário de Nelson, que começou a conviver com os viciados com o objetivo de levar a palavra de Deus até os frequentadores da “boca” e, progressivamente, os usuários de drogas que desejavam se recuperar foram encaminhados para atividades diárias na paróquia. Por trás da iniciativa de Nelson, estava a proposta de frei Hans para os paroquianos de viver o evangelho todos os dias. Dessa convivência, surgiu entre os jovens recuperandos a ideia de alugar uma casa que serviria de moradia aos que desejavam aderir ao estilo de vida proposto pelo evangelho. Ela seria custeada partilhando os ganhos e doações recebidas por cada membro. Frei Hans conseguiu doações de paroquianos até que a primeira sede da Fazenda da Esperança foi adquirida. Mais tarde, em 1989, Iraci Leite e Lucilene Rosendo repetiram a iniciativa para acolher jovens usuárias de drogas. Ainda hoje, os quatro membros fundadores se dedicam à Fazenda da Esperança (TEIXEIRA, 2001).

Os recursos humanos das Fazendas são distribuídos entre administradores, voluntários internos e externos⁷⁹, funcionários e internos (residentes). Já os custos de manutenção provêm de variadas rendas, sendo a principal o repasse de recursos Federais oriundos da parceria firmada com o SENAD após o atendimento, por parte das Fazendas da Esperança, às normas de adequação da estrutura física e da metodologia de trabalho impostas às CT's. A filosofia de “auto-sustento” do projeto é importante e, por isso, foram mantidas as atividades laborais para a fabricação de produtos que compõem a “cesta de produtos”- artigos institucionais fabricados pelos internos dentro das unidades. Esses produtos são vendidos (de maneira não-obrigatória) por meio de familiares dos internos, voluntários e paróquias parceiras. Há também doações de pessoas físicas e jurídicas em nome da obra, repasses dos governos estaduais e municipais e

⁷⁸ Terminologia institucional para definir o período de internação e as atividades envolvidas.

⁷⁹ Adotei a diferenciação de internos e externos para distinguir os membros que vivem dentro das sedes e optaram por partilhar suas vidas com os internos (Cf. item “Família da Esperança” neste capítulo) daqueles que eventualmente prestam algum serviço ao projeto voluntariamente, mas que seguem com outros setores de suas vidas pessoais desvinculadas da Fazenda da Esperança.

recursos oriundos de instituições da Igreja Católica, como Instituto Populorum Progressio⁸⁰, Adveniat⁸¹ e Ajuda a Igreja que sofre⁸². Todos os recursos destinados às Fazendas são aplicados dentro das unidades da própria Fazenda, nenhum repasse é feito para outras obras, católicas ou não. A Igreja Católica auxilia o projeto em sua dimensão espiritual e em ações de divulgação e difusão, como criação de novas sedes e adequações do espaço físico a partir de iniciativas paroquiais.

A metodologia de trabalho da instituição tem como objetivo principal recuperar usuários de drogas/álcool, numa filosofia de responsabilidade social em que cada unidade toma para si o papel de contribuir com a redução do número de dependentes químicos e minimizar a violência associada às drogas. Para tal, a meta é que cada interno recupere um mundo de valores e relações humanas significativas através da espiritualidade e a autoestima pelo trabalho, adquirindo de novos repertórios comportamentais através da vida em comunidade. A Fazenda da Esperança também procura atuar focando na responsabilidade social ao integrar recursos locais em iniciativas educacionais, culturais, de saúde e outras. O poder público (federal, estadual, municipal) também é parceiro tanto no processo de manutenção do atendimento aos usuários de substâncias psicoativas quanto na promoção da visibilidade e da compreensão da comunidade local sobre as questões relativas aos dependentes químicos. Nessa frente de atuação, os internos têm papel crucial ao levar seus depoimentos em ações de prevenção ao uso indevido de drogas junto à comunidade local.

Para garantir a eficiência de seus métodos e cumprir com determinações legais impostas as comunidades terapêuticas, a Fazenda da Esperança considera apto para se submeter ao processo de internação somente aqueles que se voluntariaram para tal. Os dependentes químicos devem se manifestar conscientemente e em estado de sobriedade (por carta escrita de próprio punho e entrevista com os administradores) o desejo de se recuperar. Segundo as diretrizes terapêuticas das Fazendas, o dependente químico que procura as unidades

É um ser humano confuso e ferido. Está fazendo mal a si mesmo e, neste momento, é incapaz de se defender. Por isso necessita de uma ajuda externa que o acompanhe em uma nova direção e o sustente com amor. É um ser

⁸⁰ Instituto de Ensino Superior chileno que, além das atividades educacionais, também possui frentes de ação pastoral que auxiliam projetos assistenciais católicos.

⁸¹ Entidade da Igreja Católica alemã voltada para co-financiamentos de projetos filantrópicos na América Latina.

⁸² Fundação pontifícia (à serviço do Papa em exercício) que subsidia projetos no campo pastoral desde o fim da Segunda Guerra Mundial.

humano sozinho, fisicamente separado dos outros, emocionalmente fechado, socialmente marginalizado, que, porém, não perdeu a criatividade, a necessidade de “pertencer”, de fazer amizade e ter amor. É um ser humano capaz de confrontar, estimar, respeitar, perdoar, de mostrar qualidades e de ter consciência. É um protagonista digno, comunicativo e dinâmico, que se expressa, muda, cresce. Desenvolve-se partindo de si mesmo em direção aos outros (FAZENDA DA ESPERANÇA FREI GALVÃO, s.d.).

A metodologia de trabalho das Fazendas concebe o perfil do dependente químico como um indivíduo pertencente a uma subcultura marginalizada e sem vínculos afetivos significativos para o indivíduo, que também perde sua autonomia de acordo com a evolução do vício. O objetivo do tratamento é reinserir o dependente em sua dinâmica social inicial, adequando-o aos valores da sociedade exterior às comunidades. Para se internar, além de ser necessário o reconhecimento da condição de dependente, o indivíduo não pode ter nenhum comprometimento grave de saúde física ou mental e estar disposto a participar do programa por um ano sem uso de drogas lícitas ou ilícitas. Também é preciso que exista pelo menos um responsável pelo interno participando formalmente do processo. A família ou responsável pelo interno tem obrigações a cumprir nos período de internação, como comparecimento na entrevista de admissão do interno, nos quatro encontros anuais de formação, nas visitas mensais aos internos (que inclui reunião de grupo). Considera-se que a família (ou o meio para o qual o interno deve retornar) também tem os valores sociais, morais e espirituais fragilizados, necessitando de reorientação nas tarefas essenciais de formação de pessoas, principalmente sobre o uso de drogas e álcool.

Para a alta é necessário cumprir, no mínimo, 12 meses de internação. Na ocasião, uma junta administrativa avaliará se o residente cumpriu satisfatoriamente com as frentes de tratamento propostas, desenvolvendo a vivência da espiritualidade, a vida em fraternidade, a capacidade de viver em sobriedade, a capacidade de executar um trabalho para a própria subsistência com dignidade e ter construído um relacionamento novo com a própria família ou responsável. Essa avaliação é feita com base nas atitudes da pessoa na convivência diária, no relacionamento com os responsáveis, internos e familiares, na responsabilidade no trabalho e na prática da espiritualidade durante todo o tratamento. Com a alta, é facultada a participação no grupo de autoajuda para familiares e dependentes, o Grupo Esperança Viva (GEV). Mantido por iniciativa dos próprios egressos, os grupos se reúnem pelo menos uma vez por mês para partilhar as dificuldades da permanência na sobriedade e reforçar o aprendizado obtido durante a internação. O GEV também faz uma busca ativa pelos egressos transmitindo os relatórios das reuniões, convidando-os para participação nos eventos

promovidos pela Fazenda (Missões e Encontros), além de ser uma fonte acessível de orientação e ânimo para continuar na sobriedade. Todo este trabalho pós-recuperação é coordenado por Comitês regionais, constituídos pelos próprios jovens recuperandos. Aos interessados, a entrada nesse grupo é iniciada dois meses antes da previsão de alta. Se mesmo com a rede de apoio o dependente recair, é possível realizar estadas mais curtas na Fazenda da Esperança.

Com vias de garantir o ideal católico de levar o carisma da esperança e o Evangelho para o maior número de pessoas, ao mesmo tempo em que visa garantir a publicidade de suas iniciativas, o acesso às unidades da Fazenda da Esperança não é dificultado pela administração. Visitas institucionais para conhecer as instalações podem ser agendadas por quem se interessar pelo projeto, festas e eventos para integrar a comunidade interna e externa são realizados durante o ano todo e atividades de prevenção (palestras, seminários, etc.) também são promovidas pela instituição.

Eventualmente, a Fazenda da Esperança divide parte de seu terreno e/ou estrutura física com outros projetos sociais da Obra Social Nossa Senhora da Glória. Alguns desses projetos estão diretamente ligados às atividades da comunidade terapêutica, outros atendem as populações situadas ao redor das Fazendas. Administrativamente, os recursos destinados à comunidade terapêutica ou os recursos gerados pelas atividades das Fazendas da Esperança são integralmente aplicados para a recuperação dos dependentes químicos. As outras iniciativas sociais também têm fontes de recursos próprias.

Abaixo segue a lista de projetos da Obra Social Nossa Senhora da Glória:

- projeto de moradia para famílias carentes (Guaratinguetá, 1982; Coroatá, 1992);
- creches (Guaratinguetá, 1984; Coroatá, 1992) que desenvolvem atividades socioeducativas para crianças, adolescentes e mães em risco social, incluindo internas da Fazenda da Esperança;
- reciclagem de lixo inorgânico (Guaratinguetá, 1982) que empregam mais de 40 famílias e custeia uma parte das despesas das creches;
- posto médico e odontológico (Guaratinguetá, 1982);
- Casa de apoio Sol Nascente (Guaratinguetá, 1994; Fortaleza, 2002; Lagoinha, 2005) para soropositivos em fase terminal;

- Casa de apoio Sol Nascente - Lar das Crianças (Guaratinguetá, 1992; Fortaleza, 2002) que abriga crianças órfãs ou portadoras do vírus HIV. Algumas crianças são adotadas pelos casais membros da “Família da Esperança”;
- Casa dom Bosco (Guaratinguetá, 2004) que acolhe a população de rua em regime residencial e de albergue;
- Arte Esperança (Guaratinguetá, 1996) propõe que, através da arte, recuperando, voluntários e auxiliares descubrem suas capacidades e potencialidades;
- Bazar Retorno à Vida (Aparecida, 1992) realiza atividade de prevenção ao uso de drogas, além de comercializar artesanatos produzidos pelos internos;
- Livraria Tabebuias (Guaratinguetá, 2002) especializada em livros de formação, espiritualidade e de prevenção do uso de drogas;
- [Esperança Mídia](#): grupo composto pelo site institucional, a livraria descrita acima, [o Boletim dos Embaixadores](#)⁸³, [o programa Fazendo Esperança](#) e todas as divulgações nos meios de comunicação (TV, rádio, jornal, CD's, DVD's);
- [Grupo Esperança Viva \(GEV\)](#) que um grupo de apoio reunião e troca de experiências entre egressos da Fazenda da Esperança, familiares e voluntários.

Conforme legislação brasileira sobre as comunidades terapêuticas, o período de internação não deve ultrapassar 12 meses, sendo cumprido em ambiente residencial e com oferta de atividades laborais não remuneradas, dentro do próprio ambiente de internação. O trabalho desenvolvido pelas Fazendas se apoia nos pilares *espiritualidade, trabalho e convivência*, considerados necessários para fomentar um estilo de vida com valores diferentes do individualismo tomado como característico da sociedade contemporânea.

Ao ingressar em uma unidade, o interno renuncia a violência, as drogas e o sexo, pelo menos durante o período de internação. Abster-se da sexualidade é importante para o processo pedagógico das Fazendas da Esperança, uma vez que sexo é compreendido como uma “energia de comunicação” que deve ser precedida por outras manifestações afetivas e comunicacionais necessárias às relações saudáveis, das quais os residentes são considerados carentes. O objetivo é construir uma personalidade orientada pela simplicidade e pelo amor ao próximo, em que o apoio mútuo cria uma rede de pertencimento eficaz no combate à dependência química. Os idealizadores da Fazenda da Esperança consideram que o consumo

⁸³ Embaixadores são pessoas que doam regularmente para a Fazenda da Esperança. Mensalmente é publicado em versão impressa e online um boletim com as principais atividades desenvolvidas nas unidades, depoimentos de residentes e egressos e programação de eventos para o público.

abusivo de substâncias psicoativas se dá pela perda de sentido da vida, em um movimento que o usuário se desliga de valores espirituais e familiares, ao passo em que rompe com o comportamento (expectativas, obrigações, responsabilidades) socialmente esperado.

3.1.2 A terapêutica da Fazenda da Esperança: ritual, retórica e eficácia metodológica no contexto da comunidade terapêutica.

A metodologia terapêutica da Fazenda da Esperança é baseada na tríade espiritualidade, trabalho e comunidade. Esses conceitos são trabalhados diariamente durante as atividades executadas pelos internos e cumprem as funções terapêutica (superação da dependência química) e disciplinadora (para regular a convivência e garantir a eficiência terapêutica). Cada conceito têm uma metodologia e regras de aplicação específicas, mas todos estão baseados na posição do indivíduo em relação a si mesmo e aos outros.

Durante o processo de recuperação, as atividades desenvolvidas com os internos são voltadas para a reflexão de sua condição de adicto, focando no abandono dos hábitos que leva o indivíduo a estar distante da essência (carisma) divina, e em sua integração em um sistema aparentemente orgânico, em que cada interno tem papel relevante para o andamento saudável da coletividade. Embora de matriz católica, a Fazenda da Esperança não pode impor a participação dos internos em rituais católicos, tanto por determinação legal quanto por orientação do episcopado sobre as atividades pastorais, conforme apontado nos capítulos anteriores. Como veremos mais a frente, as vivências rituais são estabelecidas em torno da vida em comunidade em detrimento da simbologia católica.

As atividades são rotineiras e o acesso a qualquer meio que faça ligação com o mundo exterior, incluindo meios de comunicação e visitas, é rigorosamente controlado pela coordenação da unidade. A terapêutica parte da espiritualidade, do trabalho e da vida em comunidade, mas o elemento que leva esse tripé metodológico a redefinir a identidade do interno é a retórica. A linguagem que os membros que coordenam as unidades utilizam com os internos é afetiva, tanto no vocabulário (um coordenador me afirmou ser necessário usar a linguagem “nóia” para facilitar a comunicação) quanto no aspecto corporal. Em todos os momentos presenciei entre internos, voluntários e membros da Família da Esperança alguma natureza de contato físico, tais como abraços, apertos de mão e outros gestos de carinho. Existe um estímulo para que esse contato ocorra, ressaltando sempre o limite estabelecido pelo indivíduo com quem se interage.

Isso aqui é uma família, a gente não abraça pai, mãe, irmão? No início eles chegam meio tímidos, fechados e sem vontade de estar lutando. A gente ensina que todo mundo aqui é igual, que ‘tá’ passando pelas mesmas coisas e que quem está no finalzinho do tratamento retribui o que a gente fez ajudando outras pessoas que estão passando por isso. Eles mesmos [os internos] que conversam quando alguém quer desistir, são eles que estão no dia-a-dia de todo mundo, é melhor do que eu falar. Aqui todo mundo é ensinado a dar uma palavra de apoio, um conforto... nem sempre a gente [membros da Família da Esperança] tá por perto. Aqui todo mundo é responsável pelo outro. É importante porque a maioria deles nunca tiveram alguém pra cuidar (Membro da Família da Esperança, em entrevista realizada durante visita Fazenda da Esperança, 2014).

O ambiente físico é permeado por elementos religiosos, principalmente cartazes com trechos bíblicos. Mas em conversas com membros da Família da Esperança e internos, Deus é muito pouco citado. Existe um sentimento geral de que Deus pode pouco se o homem não quiser mudar de vida. A “Graça” não é a “cura”, mesmo porque nenhum entrevistado resistiu à posição da biomedicina de que a dependência química é uma doença crônica, da qual nunca se cura. A Graça está na partilha e na reciprocidade, em que amar ao próximo é reconhecer nele semelhante, respeitar suas fraquezas, elevar suas virtudes e dedicar-se aos que precisam de amparo. Graça e caridade se confundem. Todavia, na dinâmica interna da comunidade, caridade é construída como um conceito distante da assistência social e da filantropia voltada para o suprimento de necessidades materiais. Ela é um exercício de atenção e dedicação afetiva ao próximo.

Ao longo deste trabalho, demonstramos que a Igreja Católica constrói a autoridade sobre a interpretação da doutrina. A Santa Sé delega a poucos membros da hierarquia eclesial a autoridade para interpretar publicamente eventos de qualquer natureza. As instituições ligadas à Igreja devem tomar essas interpretações contidas nos documentos magisteriais (bulas, cartas, encíclicas, etc) em suas ações na sociedade. Esses dogmas dizem respeito aos ensinamentos do Evangelho, por isso são tidos dentro da tradição católica como verdades de fé reveladas. Delas não podem discordar os católicos em nenhuma circunstância, mesmo que flexibilizar algum desses dogmas seja compreendido como favorável à missão evangelizadora. Porém, na prática dos ambientes de vivência católicos podemos verificar que os significados de diversas práticas recebem adaptações voltadas ao seu contexto, assim como aconteceu com a “caridade” no caso citado no parágrafo anterior.

Apesar dos esforços de manutenção do monopólio sobre a interpretação das verdades sagradas, ao longo da história, a Igreja Católica precisou lidar com o estabelecimento de outras religiões cristãs devido aos usos interpretativos do Evangelho e da própria doutrina. No

entanto, a Igreja contemporaneamente é desafiada em sua autoridade interpretativa da doutrina por grupos que nascem e optam por permanecer em seu próprio seio. Ensejado pelo Concílio Vaticano II, o apostolado leigo é fundamental para que a instituição mantenha parte significativa de sua influência global, mas como contrapartida dota os grupos leigos de alguma autonomia sobre os significados práticos da doutrina. Torres (2003, p. 14-15) explica que esses novos movimentos leigos se diferenciam daqueles conhecidos pejorativamente como seitas e cultos, porque eles não pretendem separar-se da Igreja Católica institucional, já que tal ressignificação não diz respeito aos preceitos da doutrina. O apostolado leigo é caracterizado por buscar novos modos de se relacionar com Deus, adaptando a experiência religiosa às realidades pessoais ou da coletividade organizada em comunidades. Portanto, a liberdade interpretativa é limitada pela observação da tradição cristã.

A metodologia de recuperação dos dependentes químicos utilizada pela Fazenda da Esperança é baseada em três conceitos que, por si, expressam diferentes formas de relacionamento interpessoal. Mais do que isso, a vivência da espiritualidade, da vida em comunidade e do trabalho é inevitável para qualquer indivíduo, independente de sua trajetória de vida. Isso significa que, ao chegar à comunidade terapêutica, o residente carrega consigo referências de como se relaciona com o transcendental, com outros indivíduos e com os meios de subsistência. Este padrão de referência acumulado durante a vida do indivíduo não pode ser “eliminado” por quaisquer métodos, sejam eles racionais ou emocionais. Destarte, é possível inferir que, a identidade pela qual se identifica o indivíduo após o processo terapêutico não emerge a partir da eliminação de sua identidade pregressa. Esta é uma relação dialética, em que a “nova” identidade se estabelece em referência à identidade “antiga”. Outro ponto importante diz respeito à principal controvérsia sobre a legitimidade da metodologia utilizada pelas comunidades terapêuticas. O trabalho destas unidades é questionado sobre o caráter totalizante dos ambientes de internação, o que conseqüentemente leva os internos a um processo de conversão confessional. Csordas (1997) e Torres (2003) descrevem de modo semelhante que a conversão de um indivíduo submetido a processos terapêuticos carismáticos parte da identificação pessoal deste com a retórica e a simbologia dos ambientes terapêuticos. Em outras palavras, o indivíduo necessita possuir um *background* adquirido por outras experiências que o permita entender e, posteriormente, incorporar os hábitos de sua nova vida. A conversão é possível como consequência de um processo de redefinição da posição e da identidade do sujeito dentro da própria religião.

¿Qué implica este tipo de conversión? Una transformación del carácter obligatorio de la tradición católica, hacia procesos de creencia y

participación religiosa cada vez más opcionales. Estos procesos de conversión no se dan en una ruptura con el catolicismo, sino en una transformación individual de la forma de participar y experimentar lo religioso, de la forma de renovar su relación con la jerarquía, de revitalizar y resemantizar los símbolos y rituales tradicionales del catolicismo, y de la manera de construir una nueva imagen de Dios y de relacionarse con él. La conversión produce un nuevo marco de identificación con el catolicismo y regenera un campo complejo de identidades y alteridades al interior de éste (TORRES, 2003, p. 31).

Perhaps more than anything else, these patterns of selection and recognition reinforce a conception that, insofar as the “gift” to heal others is a capacity of the sacred self, it is so in its aspect of the collective self. This self-invention is best conceived not with respect either to its egocentric “boundedness” or sociocentric “permeability”, but in terms of its disposition within a whole-part relationship between person and community (CSORDAS, 1997, p. 29).

Deste modo, podemos observar que a relação com a comunidade é mais importante do que a relação com os elementos católicos em si. O objetivo é redefinir a identidade pessoal não em torno do *ethos* católico, mas como ruptura com os valores egocêntricos da sociedade Ocidental. É esta ruptura que valida a existência da comunidade, uma vez que ela cria a necessidade de uma alternativa à sociedade criticada. Por outro lado, ela também se configura como elemento de tensão, uma vez que a interpretação do Evangelho é realizada a partir do paradigma católico, lembrando que o poder de interpretação da doutrina das comunidades é limitado.

No próximo item, serão descritos como se estabelecem as rotinas da Fazenda da Esperança a partir da espiritualidade, do trabalho e da vida em comunidade. Ressaltaremos aspectos de tensão entre a proposta metodológica e a vivência da metodologia. O objetivo é estabelecer como a religião e a terapêutica se relacionam na elaboração da identidade dos internos.

3.1.3 A rotina como ritual: a presença da *communitas* na redefinição da identidade dos internos.

Espiritualidade, trabalho e comunidade são dimensões que não são vividas de modo compartimentado, como ocorre na sociedade em geral. Todos os momentos envolvem em maior ou menor medida os três aspectos, em que a espiritualidade é uma reflexão constante sobre a própria condição e em relação ao outro, o trabalho é medida que marca o tempo e a vida em comunidade é intensa por haver poucos momentos para isolamento ou privacidade. Os momentos descritos abaixo são aqueles em que é possível verificar em qual aspecto desses três itens está focada a atividade executada pelo interno.

A **espiritualidade** é considerada como o pilar mais importante. Conhecer a Palavra de Deus pela Bíblia e reconhecer Jesus Cristo como portador da esperança e fonte de não decepção está nas bases da metodologia de ressocialização dos internos, uma vez que sem Cristo não é possível exercer o amor ao próximo. As Fazendas da Esperança se assemelham muito às práticas que seu fundador Frei Hans Stapel fortemente inspiradas nos Movimentos Focolares nos anos 40 na Itália e que propõe métodos de vivência diária da espiritualidade comunitária. Esses movimentos buscavam reestabelecer as comunidades cristãs primitivas, deslocando a busca pela santidade individual (carregada de egoísmo) pela santidade da comunidade, num pacto (expressão de amor mútuo) de comunhão espiritual de experiências e de comunhão de bens (LUBICH, 2004). Ambas as tradições são pautadas na partilha de bens materiais e da vida com os irmãos e em favor dos desfavorecidos.

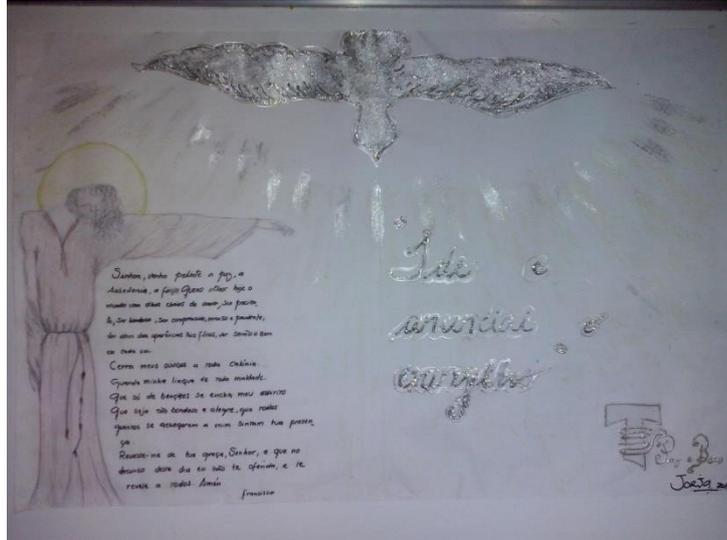


Figura 3 – Fotografia de cartaz feito por residente em Guaratinguetá⁸⁴.

Fonte: Vanessa A. Silva (2014)

⁸⁴ A cruz “Tau”, a oração e a imagem de São Francisco de Assis e a presença constante do Espírito Santo sobre o santo.

O carisma de São Francisco de Assis é a inspiração do projeto da comunidade terapêutica. A mística em torno do santo celebra seu olhar de amor sobre o mundo, principalmente sobre as situações de miséria e exclusão. Mas este olhar não é descrito apenas como contemplativo, já que a verdadeira misericórdia se faz no serviço de restituir a dignidade destas pessoas. E para tal é preciso partilhar não somente os bens, mas os sofrimentos, reconhecer no diferente a chama do sagrado.

Para reconduzi-los [os miseráveis e excluídos] até aí [lugar de dignidade], talvez sim, fôssemos necessários: buscando, com eles, as causas nem sempre apenas externas de seu desânimo e sofrimento; recordando-lhes sempre a sua dignidade inviolável; destapando, com pertinácia e pertinência, os mecanismos e interesses que os deitam fora do mundo como se fossem dejetos; criando, com sabedoria e desvelado empenho, novos modelos de convivência em que também as criaturas não-humanas se sentissem no mundo como em sua casa (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, 1997, p. 42).

A ideia de espiritualidade desenvolvida junto aos recuperandos pretende ser respeitar todos os tipos de crença, embora nenhum voluntário ou administrador negue as origens católicas da obra. O ambiente das duas unidades visitadas é abundantemente adornado com referências cristãs, sobretudo trechos da Bíblia - que também é material utilizado no processo de recuperação imposto a todos os internos. Os recuperandos são submetidos diariamente à leitura de trechos da Bíblia (Palavra de Vida⁸⁵), eventualmente a comemorações religiosas como a Festa de São Francisco e as comemorações de Natal e facultativamente participam de terços e missas⁸⁶.

Figura 4 – Passagem do Evangelho em faixa de edificação na Unidade de Guarará.

⁸⁵ São trechos retirados dos Evangelhos lidos pelos internos todas as manhãs com o objetivo de praticar o que está escrito no decorrer do dia. Essa é uma tradição dos Focolares que manteve a mesma denominação na Fazenda da Esperança.

⁸⁶ As missas costumam ocorrer uma vez por semana, sendo celebradas pelo pároco responsável pela unidade ou algum celebrante convidado. O terço costuma ocorrer todas as noites após as atividades laborais. Ele é proposto pelos membros da Família da Esperança que integram as unidades, mas o momento faz parte da rotina dos internos a tal ponto que, na ausência deste membro, as orações costumam ocorrer sem intercorrências. Ambos os eventos em espaços próprios para as duas atividades. Todos os internos são convidados e, durante as entrevistas, nenhum interno relatou se sentir coagido a participar desses dois momentos.

**Fo
nte:
Vanessa A.
Silva
(2014).**



A perspectiva de ecumenismo que norteia a terapêutica da Fazenda da Esperança parece englobar cristãos e ateus como dois grandes grupos possíveis de manifestação religiosa. Evidente que os gestores do projeto sabem que existem inúmeras maneiras de expressão de religiosidade, mas as Fazendas da Esperança parecem transitar melhor entre as que são mais frequentes na sociedade brasileira. É uma síntese entre a orientação abertamente católica na composição do projeto e de elementos mais subjetivos de manifestação do cristianismo na sociedade brasileira. O uso da Bíblia como ferramenta terapêutica é um bom exemplo do funcionamento desta dinâmica. No relato de um dos responsáveis por uma das unidades visitadas em 2014, a Bíblia é “um ensinamento universal. Nada do que tem ali ofende as pessoas, é um manual de como agir na vida”. Após essa declaração, questionei vários internos se eles se incomodavam com a leitura da Bíblia todos os dias. Alguns partilhavam da ideia sobre o uso do livro sagrado, mas a maior parte pareceu indiferente quanto a percepção da imposição de uma ferramenta cristã na rotina. O momento de vivenciar a Palavra de Vida é mais uma dentre as muitas oportunidades de troca de experiência entre os

internos. Aqueles que disseram não pertencer a nenhuma religião ou que disseram não crer em nenhuma entidade superior também conviviam sem estranhamento, já que as lições contidas nas passagens do Evangelho são moralmente familiares para todos.

Entre internos e voluntários, a maior parte daqueles com quem tive contato nas duas visitas realizadas em 2014 se identificavam como cristãos (católicos, evangélicos e espíritas), embora fossem frequentes ressalvas como “não praticante” quando perguntados sobre como vivenciavam a fé antes da internação. Alguns casos de ateus e agnósticos também apareceram, embora somente entre os homens internados na sede de Guarará, interior de Minas Gerais. Durante as atividades que participei que os internos e os voluntários que não se diziam católicos não pareciam desconfortáveis com as práticas cristãs ou os símbolos propriamente católicos (terços, imagens, igrejas, etc.) por duas razões principais: a primeira é que eles se candidataram voluntariamente a vaga na instituição, cientes das atividades de rotina do local e de sua matriz institucional católica; a segunda razão é que não havia expectativa de vivenciar outros tipos de experiência nos 12 meses que compreendem a internação.

Às vezes é chato ter que acordar cedo pra rezar, mas faz parte né. Mas se não quiser rezar é só chegar lá e ficar quietinho, ninguém liga [*comentando sobre o momento da Palavra de Vida*]. Você sabe que eu até tinha esquecido das rezas que minha vó me ensinou, cheguei aqui sem nem saber o Pai Nosso direito. [*Perguntei sobre continuar alguma prática religiosa depois da passagem pela Fazenda*] Ah, não sou muito disso, não. Mas mal não faz, por isso nem ligo de estar aqui. Mal fazia era a vida que eu tinha, agora dou valor ao que minha família passou por minha causa (Residente n.1, em entrevista realizada durante visita a Fazenda da Esperança, 2014).

“Eu não gosto de estar aqui não, é chato. Mas se não fizer as coisas a madrinha puxa a orelha [*Risos*]”.

“Mas você sabe que eu puxo a orelha para o seu bem. [*Se dirigindo ao entrevistador*] Ela chegou aqui faz pouco tempo, gosta muito de mordomia. Eu ensino que ela não é melhor do que ninguém pra não fazer as atividades que todo mundo faz. Isso aqui é uma família. E rezar faz bem, que mal tem nisso?”

“Tem que acordar cedo [*Risos*]. Antes eu acordava meio-dia. Isso pra mim é cedo” (Transcrição de um diálogo entre residente e monitor, registrado em visita à Fazenda da Esperança, 2014).

A Fazenda é uma ruptura com a sociedade exterior, na qual o acesso a meios de comunicação, contatos com familiares e amigos e a possibilidade de sair da unidade só é feita com a mediação da administração. Acredito que esse seja o principal ponto de afinidade com as instituições totais no modelo proposto por Goffman, em que a adesão às normas se deve ao acordo tácito do indivíduo que aceitou as com nítidas implicações para o cumprimento e submissão às regras e atividades estabelecidas pela instituição que o recebe.

As organizações “muradas” têm uma característica que compartilham com poucas outras entidades sociais: parte das obrigações do indivíduo é participar *visivelmente* [grifo do autor], nos momentos adequados, da atividade de organização, o que exige uma mobilização da atenção e de esforço muscular, certa submissão do eu à atividade considerada. Esta imersão obrigatória na atividade da organização tende a ser considerada como símbolo do compromisso e da adesão do indivíduo; além disso, indica aceitação, pelo indivíduo, das consequências da participação para uma definição de sua natureza. (GOFFMAN, 1992, p. 150)

O **trabalho** nas Fazendas da Esperança transcende a manutenção do ambiente e produção de recursos para a comunidade, que são suas atividades fim. O trabalho tem profunda ligação com a mitologia cristã, uma vez que o próprio Cristo era de uma família de trabalhadores de carpinteiros e, segundo a mística cristã, nunca se retirou à vida isolada nos templos, tendo “vivido de seu trabalho”. Portanto, na metodologia da Fazenda da Esperança, o trabalho é uma das dimensões que levam o indivíduo a ser como o Cristo.

A rotina rígida de trabalho é uma contraposição à rotina desregrada que caracteriza a dependência química, segundo os idealizadores da Fazenda da Esperança. Além disso, a partilha dos ambientes laborais (raramente as atividades são executadas individualmente) impele ao convívio e a troca de experiência entre os internos, num processo de construção da autoestima ao executar com êxito as tarefas que foram designadas pela administração. A maior parte das atividades é braçal ou consiste em manufatura, dificilmente algum interno realiza uma atividade como especialista. A proposta é rotacionar a execução das atividades para evitar que “acomodação” ocorra como resultado da rotina. Os internos mais experientes ensinam os internos que chegam para executar uma atividade que lhes foram designadas. Todos os internos executam atividades de conservação e manutenção das unidades e se envolvem na produção de produtos que geram lucros que devem ser reinvestidos nas Fazendas. A expectativa em torno do trabalho é de favorecer a disciplina, a convivência e a autoestima dos internos. Um dos monitores (padrinho/madrinha) entrevistado sintetiza a compreensão da importância da terapêutica laboral: “muitas vezes os internos roubaram a família para sustentar o vício. Por isso, é preciso que eles aprendam a sustentar suas necessidades sozinhos” (Monitor n.1, em entrevista realizada durante visita a Fazenda da Esperança, 2014).

A atividade laboral é descrita como terapêutica, tem oito horas de duração diária (exceto aos domingos, cujo labor é apenas para suprir necessidades coletivas de alimentação e organização dos ambientes), começando às 8 horas da manhã – após uma hora reservada para a reflexão da Palavra de Vida –, interrompendo por uma hora ao meio-dia (horário reservado ao almoço) e cessando às 17 horas – momento em que os internos cuidam da higiene pessoal,

repousam e seguem para as atividades grupais de reflexão, oração e convivência que precedem o jantar. Às 22 horas os internos já não podem retirar-se de suas residências, tampouco executar quaisquer atividades que produza ruído ou outro tipo de agitação no ambiente.

Na convivência com os internos, alguns deles me relataram que a rotina é “pesada”, mas não houve queixas de que as atividades são desenvolvidas de modo extenuante. Foi mais frequente uma espécie de ressentimento em relação à obrigatoriedade das funções entre os internos que estavam nos primeiros meses de internação. Identifiquei que as dificuldades não estavam em torno de rotinas extenuantes ou degradantes, mas na natureza do labor exercido dentro nas unidades da Fazenda da Esperança: atividades de artesanato, manufatura e de cultivo (carpir, podar, plantar, etc.) são muito diferente das atividades de trabalho disponíveis nos centros urbanos, tanto em sua execução quanto em seu fim. Além disso, é difícil para os internos não estar dentro de um padrão de trabalho que permite o uso livre de seu tempo de descanso e que gera uma compensação financeira periódica.

Lá fora eu não tinha ocupação, eu cheguei num ponto que trabalhava para pagar meu vício. Eu sou bem formado, fiz faculdade, mas o dinheiro não rendia. Então deixei para minha mulher cuidar dos meus filhos e me afundei. Nunca tinha dinheiro para nada, mas a pedra é barato. Não precisa ter roupa cara, nem frequentar ligar chique para usar (Residente, entrevista realizada durante visita Fazenda da Esperança, 2014).

Não existe produtividade rigidamente estabelecida, mas caso seja notado comportamentos procrastinadores os coordenadores retiram os poucos “privilégios” individuais, como o rádio. Essa parece uma solução mais radical, já que o trabalho é organizado de tal maneira coercitiva que a mais sensível procrastinação de um membro será sentida como sobrecarga de outro(s) membro(s), um desequilíbrio impossível de ser sustentado por um período tão longo de convivência e tão intenso.

A gente vê alguém enrolando e no início dá uma revolta. Mas ai a gente foi ensinado que isso aqui é a casa de todo mundo, então não dá pra deixar bagunça. Se alguém não colabora ou não faz o que tem que fazer a gente senta, conversa... às vezes a pessoa está com problema, né. É todo mundo companheiro, depois de um tempo que chega aqui a gente fica até sem graça de não ajudar (Residente n. 2, em entrevista realizada durante visita a Fazenda da Esperança, 2014)

Os ambientes de trabalho são limpos e organizados, embora me falte capacidade técnica de análise para afirmar que esses ambientes estão em conformidade com as normas ou padrões de segurança do trabalho. Na minha percepção não há riscos evidentes para a

integridade do interno, mas não me pareceu prática comum visitas de órgãos governamentais de fiscalização de atividades laborais ou a existência de um corpo de especialistas em segurança do trabalho. Acredito que não haja fiscalização do ambiente de trabalho pelos órgãos governamentais porque essa não é uma atividade fim de uma comunidade terapêutica, razão pela qual também suponho que não é exigido legalmente a presença de especialistas em trabalho.

Pouco foi mencionado pelos entrevistados que suas autoestimas foram favorecidas pela atividade laboral. Aparentemente, os internos cumprem as rotinas de trabalho porque assim lhes é designado. Para os internos, o termo autoestima está ligado à aparência pessoal e prestígio social, o que é problemático, pois a condição de dependente químico, o histórico de internação e rompimento com os grupos de convivência social implicam em estigmatização e fragilidade da autoimagem. Ainda sobre autoestima, algumas mulheres queixaram-se de que as atividades laborais lhes impedem de ter tempo para exercitar a vaidade pessoal (unhas “feitas”, cabelos alinhados, etc), mas pareceu-me que essa dificuldade refere-se mais à construção de um ambiente que suprime as individualidades e retira da aparência o foco das relações.

Às vezes tem festa na cidade, dá vontade de ir lá, ver gente, mas também nem tem dinheiro. Eu sempre lembro dos meus amigos, mas também acontece que eles não eram tão amigos assim. A gente usava [*a droga*] junto, sempre tem alguém emprestando dinheiro ou dando a droga, pra coisa ruim todo mundo incentiva. Aqui que eu tô certo, trabalhando, ninguém vem me oferecer ajuda (Residente n. 3, *ibidem*, 2014).

Eu sinto falta de arrumar as unhas. Elas eram grandes e bonitas, mas aqui não dá pra ter essas coisas. E trabalhar com coisa pesada estraga elas. Quando eu sair, o primeiro lugar que eu vou é o salão, pintar o cabelo e fazer a unha (Residente n. 4 em entrevista realizada durante visita a Fazenda da Esperança, 2014).

A **Convivência** é pensada pelos gestores da Fazenda da Esperança como oportunidade de manifestar o amor de Deus com o próximo. Ela é formulada de tal modo para não haver privilégios hierárquicos, de classes sociais e espaços que não haja interação social. O labor, as refeições, os dormitórios, as opções de atividades de lazer, os momentos de meditação e oração, tudo é pensado de modo a forçar a interação entre internos, voluntários e qualquer um que entre no ambiente da Fazenda. A troca de experiências constante é necessária para forçar situações de empatia, em que todos se corresponsabilizam pelo ambiente e pelas pessoas.

Figura 5 - Internas em momento de descanso⁸⁷.

⁸⁷ Podemos ver ao fundo uma das crianças que acompanha a mãe durante o período de internação.



Fonte: Vanessa A. Silva (2014)

As famílias dos internos são convidadas a participar das atividades, mas o contato é mediado pela coordenação das Fazendas. Visitas e telefonemas são restritos objetivando que o olhar do interno se volte totalmente para a comunidade que ingressou no período do tratamento. Embora seja estimulada uma vida igualitária entre os membros que compõem a convivência diária da Fazenda da Esperança, os conflitos existem e própria idealização metodológica do projeto prevê que eles existam. Geralmente, os internos são incentivados pela administração e voluntários que coordenam as atividades a executar funções mediadoras quando presenciam conflitos insurgentes. Na impossibilidade de apaziguar os ânimos, os membros que entraram em discordância são colocados “frente a frente” para expor suas diferenças, questões e assim poder resolver os problemas alimentados. Os meios de sanção, caso alguma situação saia do controle dos responsáveis pela unidade, costumam ser retirar algum tipo de “lazer” que o interno tem direito, como rádio, impedir o acesso à sala de TV e a outros espaços de recreação. Os casos que ferem as normas da Fazenda implicam em desligamento do interno.

Figura 6 - Recreação para as internas (participação facultativa)⁸⁸.



Fonte: Vanessa A. Silva (2014)

A intensidade da convivência e a ligação com o ambiente são tão fortes que muitos egressos retornam constantemente as sedes em que permaneceram internados. Como o uso abusivo de drogas fragiliza muitas relações no mundo exterior, alguns egressos optam por permanecer vivendo nas unidades, mesmo após o fim do tratamento, executando atividades como membros da Família da Esperança. Esse desejo de permanência foi manifestado mais entre as mulheres entrevistadas do que entre os homens, possivelmente porque elas vivenciam mais situações de abandono familiar do que eles. Todos os homens com quem conversei tinham pelo menos um membro que acompanhava o tratamento e ansiava pelo seu retorno ao fim dos 12 meses de internação. Entre as mulheres, foram frequentes os casos em que as

⁸⁸ A atividade era coordenada por um voluntário, que disse não ter religião, mas que acreditava na recuperação das pessoas. Todas as músicas executadas durante mais de uma hora de atividade não eram religiosas.

mesmas não tinham contato com parceiros, filhos ou pais, restando apenas poucos amigos ou vizinhos como rede de proteção e integração no mundo exterior.

“Depois que acabar [*o período de internação*] eu não quero ir embora. Dá medo do que tem lá fora, aqui eu me sinto forte.”

“Mas você é forte, você tá aqui, está aprendendo e vencendo. Você tem que voltar pra sua família”.

“É difícil. Aqui todo mundo ajuda, a gente olha as ‘crianças uma da outra’. A gente torce, também briga, mas sempre resolve com abraço. Não era assim antes. Ninguém acredita, mas eu quero viver aqui pra sempre”.

“Não é que ninguém acredita. A gente vai te receber de braços abertos se você quiser voltar depois daquele tempo que tem que ficar lá fora. Mas antes tem que ir pra saber se realmente é isso que você quer. A gente vai ser família sempre, mesmo se você decidir ficar por lá” (Diálogo entre monitor e residente, registrado durante visita a Fazenda da Esperança, 2014).

Para os que desejam permanecer dentro das unidades após o fim do período de internação é solicitado que estes se afastem da Fazenda por dois ou três meses, afim de experimentar novamente a vida no mundo exterior (essa “saída” costuma ser acompanhada pelo GEV). Ingressar na Família da Esperança exige abdicar do uso dos bens, vaidades e de estilos de vida contrários às rotinas de trabalho e oração. Essa é uma vocação cujo foco é abster-se de sinais de individualidades para servir incondicionalmente aos outros e, por isso, é necessária a experiência com o mundo exterior para que se tenha certeza da opção por uma vida consagrada ao próximo. Após a confirmação da vocação para a vida consagrada, a pessoa interessada em ingressar na Família da Esperança é encaminhada para uma das unidades em funcionamento em Guaratinguetá (depende do sexo do voluntário) que funciona como centro de formação. Após um período nessas unidades, o voluntário segue para uma das unidades da Fazenda da Esperança, onde seguirá morando até segunda ordem, para atuar como voluntário nas funções de coordenação dos internos.

Conhecendo a convivência e a rotina entre internos e responsáveis pelas unidades da Fazenda da Esperança, há aspectos que lembram as instituições totais referidas por Goffman (1992). O traço mais forte é a perda significativa do “eu civil”, aquele que confere autonomia do indivíduo adulto sobre atividades corriqueiras que dizem respeito ao próprio corpo e a própria vontade. Na CT, liberdades mínimas como escolher o que fazer com o próprio dinheiro, como desfrutar dos momentos de descansos ou mesmo escolher como cuidar da aparência física são restringidas pelas regras da instituição. A “passividade” com que os indivíduos lidam com a internação vem tanto da aceitação das normas institucionais quanto da expectativa de que, ao fim do processo de absorção dos símbolos apresentados durante a fase

de transição que caracteriza o processo de internação, ocorrerá uma profunda mudança em seu “ser” que dará novos poderes para enfrentar a vida cotidiana (TURNER, 2005, p.146).

A Fazenda da Esperança objetiva com sua terapêutica fazer com que o indivíduo deixe de olhar para si e olhe para o outro como centro de suas prioridades. A relação consigo mesmo será saudável quando a relação com o grupo ou com a comunidade (dentro ou fora da CT) for saudável também. No amor ao próximo que se manifesta o Espírito, a dádiva ou o dom, e munido desta graça o indivíduo consegue superar o processo de sofrimento. Contudo, é preciso saber reconhecer a presença deste elemento divino. Não há explicação prévia que caracterize se a vivência com o sagrado é real porque ela é interpretada como pessoal, em que cada um sabe da verdade sobre sua relação com Deus. Tal reconhecimento é feito por um discurso afetivo (“nós somos uma família”, “Jesus não diferencia seus filhos”, “o amor vivido aqui é o amor que as pessoas têm pelos próprios irmãos”), que se relaciona com as experiências que o indivíduo teve em outras ocasiões com a simbologia católica.

Csordas (1997; 2002) faz considerações dessa natureza sobre as terapêuticas carismáticas e podemos verificar nas práticas da Fazenda da Esperança que não houve diferenças significativas com a descrição nas comunidades carismáticas estudadas pelo autor. Tanto no objeto desta pesquisa quanto nos trabalhos de Csordas, a “cura” não se verifica pela adequação do indivíduo a comportamentos socialmente esperados. Há nestas comunidades a compreensão que os comportamentos socialmente esperados que levam a degradação e ao sofrimento pelo qual os indivíduos que ingressam nessas frentes terapêuticas passaram. A terapêutica carismática imprime no indivíduo uma identidade baseada na posição que ele ocupava em relação à mística da religião. O sujeito que busca essa natureza de terapia não cria uma identidade religiosa, ele apenas redefine a forma como vivencia sua relação com o sagrado.

Apesar do “fechamento” característico das instituições totais, que busca isolar o interno do mundo exterior, o processo de estabelecimento de uma nova identidade nas comunidades terapêuticas é parcialmente diferente do que Goffman (1992) descreve para os modelos totalizantes. O autor compreende que as instituições totais buscam modelar o indivíduo para que ele corresponda a um comportamento esperado para os que estão inseridos na norma social vigente. É um ajuste de subjetividades em relação à sociedade mais ampla. No caso das comunidades carismáticas e de suas terapêuticas, o indivíduo se aproxima do que é estabelecido como sagrado ou da “verdadeira alegria”, rompendo com o comportamento socialmente esperado pela norma social fora das CT’s. Como dito anteriormente, a

dependência química é considerada como o sintoma de um Mal maior⁸⁹ ao qual todos os que não vivem o sagrado estão sendo negativamente influenciados. Em outras palavras, o sujeito não tem sua opção religiosa simplesmente redefinida. Ele redefine todos os seus valores e comportamentos em nome da ruptura com os valores da sociedade mais ampla.

Sobre este processo de identificação do interno com a comunidade a despeito do *ethos* católico, um dos membros da Família da Esperança me relatou estar há mais de uma década vivendo para o projeto, mas mantém participação frequente nos cultos da religião que participava antes da vida consagrada. Outro membro foi questionado se a família e seus amigos não estranharam sua opção pela vida em serviço da comunidade, a despeito de sua pouca idade. Sua resposta foi positiva, mas que ele não se importava, já que a vida fez sentido somente após o ingresso na vida comunitária (“Esta é minha família, me dedico a ela como qualquer pessoa se dedica a própria família”). Em ambos os casos, os indivíduos nunca tiveram envolvimento com drogas, mas se sentiam desajustados em relação aos valores da sociedade mais ampla. Nem sempre este desajuste ocorre com os internos. Portanto, a condição de disposição para a integração na comunidade após o tratamento depende de prévio desajuste com as formas de viver as normas sociais vigentes.

O processo de redefinição da identidade pode ser melhor compreendido pelo conceito de *communitas*, de Victor Turner. Este conceito supera o maniqueísmo que a oposição entre “sagrado” e “mundano” sugere, já que “toda posição social tem algumas características sagradas”, adquiridas pelos ritos de passagem (TURNER, 1974, p.119). *Communitas* é um estado social não-estruturado em que um grupo de indivíduos ocupam posições sociais indiferenciadas durante períodos liminares caracterizados pela suspensão das relações cotidianas. Os indivíduos são submetidos a comportamentos marcados pela passividade e pela humildade, se despidendo dos “status” adquiridos pelas suas posições sociais anteriores ao ingresso na *communitas*. Assim, é possível que as pessoas envolvidas vejam a si e aos outros sem mediações inerentes a sua antiga identidade (TURNER, 1974; DAWSEY, 2005).

É como se fossem reduzidas ou oprimidas até uma condição uniforme, para serem modeladas de novo e dotadas de outros poderes, para se capacitarem a enfrentar sua nova situação de vida. Os neófitos tendem a criar entre si uma intensa camaradagem e igualitarismo. As distinções seculares de classe e posição desaparecem, ou são homogeneizadas (TURNER, 1974, p. 118).

⁸⁹O Mal maior não tem relação com o “demônio” nas comunidades católicas. Csordas (2002, p.55), inclusive, assume que o mal na figura de demônios não é importante no início do processo de redefinição da identidade do suplicante. O indivíduo é levado a acreditar que seu sofrimento perante as drogas, no contexto desta dissertação, não é um sofrimento solitário. Ele é uma parte de uma batalha maior entre a Luz e as Trevas, que todas as pessoas têm parte sobre a vitória do Bem. Isso permite que o indivíduo tenha sua autoestima trabalhada pelo senso de importância de seu papel dentro da cosmologia católica.

Esta condição liminar interestrutural tem como objetivo transformar o sujeito em socialmente invisível, cujo processo de transformação consiste em uma forma visível de um processo interno e conceitual. Este argumento reforça as colocações de Csordas (2002) de que os processos terapêuticos carismáticos são internos, agregam elementos de memória e imaginação do suplicante. As ações terapêuticas não coagem a dimensão física até que o hábito seja transformado (como no caso das instituições totais). A transformação se dá ao conferir retoricamente e simbolicamente elementos para que o indivíduo transforme em verossímil a experiência da vivência comunitária. O processo de vivência comunitária impõe regras que uniformizam suas posições dentro do grupo, mas ao mesmo tempo os liberta de responsabilidades atribuídas pelos papéis institucionalizados, podendo os indivíduos “ser eles mesmos” ao estabelecer relações interpessoais.

Os processos de “nivelamento” e de “despojamento” para os quais Goffman chamou nossa atenção, frequentemente parecem inundar de sentimentos os que estão sujeitos a eles. Esses processos libertam seguramente energias instintivas, porém estou agora inclinado a pensar que “*communitas*” não é apenas produtos de impulsos biologicamente herdados, liberados das coações culturais. São antes produtos de faculdades peculiarmente humanas, incluindo a racionalidade, a volição e a memória, desenvolvidas pela experiência da vida em sociedade [...] (TURNER, 1974, 156).

Esses processos que igualam aqueles que estão vivendo a *communitas* não são parte de um pensamento “mágico”, despido de racionalidade. Csordas (2002, p. 11-12) atribui ao padrão cultural ocidental a compartimentação das experiências em categorias que abrangem um escopo de fenômenos e eventos passíveis de ser explicado como se fossem matérias próprias de cada ciência. Por essa visão, os assuntos da medicina e da religião não se misturariam, por exemplo, e todo processo terapêutico religioso seria racionalmente inválido. Csordas propõe uma reconciliação desses dois níveis de vivência humana ao considerar que elementos subjetivos permeiam ambos. Neste caso, religião e medicina se relacionam por lidar com categorias de sofrimento e salvação, principalmente quando as raízes do sofrimento não podem ser submetidas a técnicas precisas de mensuração, como casos de algumas desordens mentais sem origem física. A opção pela terapêutica médica ou religiosa (ou ambas), nestes casos, é determinada por elementos subjetivos racionalizados pelo indivíduo, na tentativa de realizar uma escolha que internamente faça sentido. Este ponto de vista contribui para o argumento de que há racionalidade na decisão dos indivíduos que optam por viver o processo terapêutico ou mesmo daqueles que decidem conviver com a comunidade após o fim do período de internação.

3.1.4 Organização e rotina das Fazendas da Esperança

No momento da internação, ingressantes e familiares tomam ciência por escrito das normas que regem a utilização dos espaços da instituição bem como da rotina de atividades que será executada pelos próximos 12 meses. Como dito anteriormente, a rotina tem forte caráter disciplinar e o espaço físico das Fazendas da Esperança também tem função agregadora, aspectos centrais nas metodologias de recuperação dos dependentes químicos internados em suas unidades. Outro importante detalhe é que a rotina e as regras não se diferenciam entre os internos (nem mesmo entre o corpo de voluntários), sendo mais fácil concretizar a expectativa de uniformidade entre os residentes para transformar a convivência em comunidade.

O quadro de rotinas varia sensivelmente em relação ao horário praticado pelas unidades, mas a média é de 8 horas diárias de atividade laboral, prática espiritual antes e após a jornada de trabalho e pausas regulares para alimentação. Dificilmente o despertar excederá às sete da manhã e o momento de recolher excederá às vinte e duas horas e trinta minutos. Cabe ressaltar que essas pequenas variações se dão entre unidades, jamais entre os internos: todos devem cumprir exatamente a mesma rotina.

Figura 7 - Quadro de atividades

06:30	Café da manhã
07:00	Oração: terço e meditação do Evangelho do dia
07:30	Intervalo livre
08:00	Início das atividades de trabalho O interno dirige-se a seu setor de trabalho, conforme designação do Coordenador.
11:45	Pausa
12:00	Almoço
13:30	Retorno às atividades de trabalho
16:45	Lanche
17:00	Intervalo para esporte, descanso, banho, cuidados com a roupa pessoal, etc.
18:30	Missa
19:30	Janta
20:30	Programas diversos: encontros de grupos para partilha, esporte, lazer, etc.
22:30	Recolhimento
Variações:	
Sábados: não tem atividade de trabalho nas oficinas. As atividades são de faxina da própria casa pela manhã. À tarde e a noite: programações de formação, recreação e esporte.	
Domingo – missa e dia para descanso e programações livres de recreação e esporte. Competição esportiva na comunidade ou entre os internos, na Fazenda.	

Fonte:

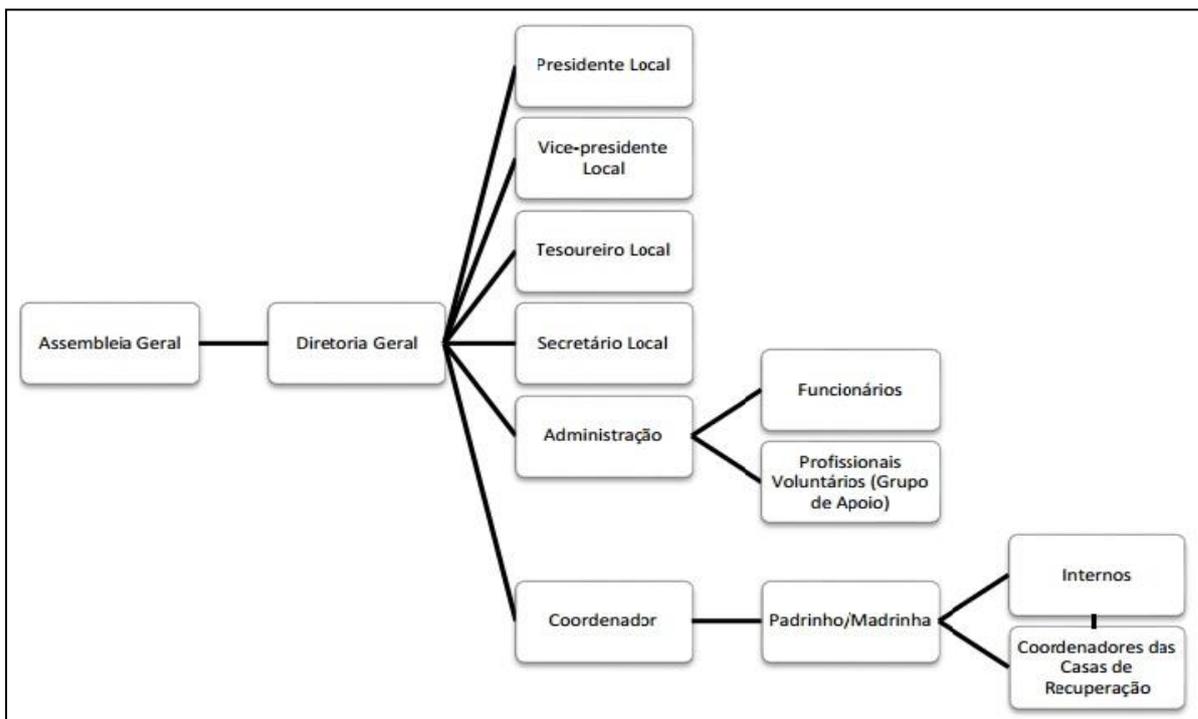
Fazenda

da Esperança “São Frei Galvão” (Unidade de Guarará/MG)

As prerrogativas legais que regulamentam as atividades das comunidades terapêuticas⁹⁰ ao estabelecer critérios médicos, sanitários e humanitários para a internação no modelo residencial, aparentemente são observadas. Assim, embora a proposta seja desenvolver uma convivência comunitária sem traços de privilégio e hierarquia, a Fazenda da Esperança tem uma elaborada organização administrativa e burocrática que, no plano interno, integra 114 unidades existentes no mundo em um modelo terapêutico e gerencial padronizado, ao mesmo tempo em que atende as demandas regionais da comunidade onde estão inseridas. Já no plano externo, a diretoria do projeto precisa dialogar e interagir com os grupos (paróquias, arquidioceses, bairros, cidades, governos, etc) em que estão inseridas as sedes das Fazendas.

⁹⁰ As principais normas nacionais que as CT's devem obedecer são: Lei 10.216 de 6 de abril de 2001; Resolução RDC nº101, de 30 de maio de 2001; Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011; Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Outros dispositivos estaduais podem ser aplicados, mas não se diferenciam em sua natureza e conteúdo das normas federais.

Figura 8 - Organograma Funcional Horizontal



Fonte: Vanessa A. Silva (2016)

A Assembleia Geral é o evento de gestão mais importante para as Fazendas. Costuma ocorrer uma vez ao ano e reúne os responsáveis por cada uma das mais de 100 sedes do projeto para discutir as diretrizes de gestão e terapêuticas que nortearão os trabalhos do ano seguinte. É importante ressaltar que as unidades da Fazenda da Esperança funcionam de modo “solidário”, em que os meios de manutenção (verbas, produtos produzidos pelos internos, pessoas, entre outros itens) são permutados para que as comunidades sejam tanto mais autossuficientes quanto possível, sobrevivendo dos próprios recursos humanos e financeiros.

Do corpo de gestão propriamente dito, a Diretoria Geral é composta pelos gestores (parte deles fundadores da obra) que são o centro administrativo de todo o projeto, aqueles que mantêm as diretrizes observando o cumprimento de metas e métodos de acordo com o que foi proposto nas assembleias. Já a Diretoria Local (composta pelo presidente local, vice-presidente local, secretário local e tesoureiro local) é escolhida entre residentes na região da unidade da Fazenda, atuando com princípios alinhados pela direção geral do projeto. Em alguns casos, na diretoria local constam ex-internos que optaram por se manter próximo à comunidade sem, contudo, consagrar a vida à obra. Os membros da diretoria local respondem administrativamente por uma sede apenas, representando-a na sociedade civil. Devem

também exercer a função de “pais”, cuidando dos internos como se fossem seus filhos, zelando pelo seu bem-estar e interesses.

Os responsáveis pela rotina dentro da unidade são os coordenadores. Eles são membros escolhidos pelo Conselho da Família da Esperança que exercem a função disciplinadora paterna, ordenando a gestão das funções laborais, fazendo a mediação entre as diretorias e os internos, resolvendo conflitos e atendendo as demandas. Estes devem viver entre os internos, residindo nas dependências da Fazenda pela qual são responsáveis. Os monitores são chamados de “padrinhos/madrinhas” são pessoas que também vivem nas dependências e suas atividades se assemelham às do coordenador: na ausência deste, os padrinhos são a “autoridade” designada para manter a ordem, além de se responsabilizar pela formação de coordenadores e pela execução das atividades laborais, espirituais e de lazer em tempo integral. Eles também acabam executando as atividades de trabalho junto aos internos até que alguma demanda de relacionamento ou de alguma atividade surja. São membros voluntários (também conta com egressos em seu quadro) que consagraram a vida à Família da Esperança, dedicando-se integralmente à obra.

Os internos também são chamados a colaborar na organização das funções internas. Eles podem assumir a função de coordenadores das casas de recuperação (escolha feita pelos responsáveis de cada unidade). Para assumir esta função, o recuperando deve estar, no mínimo, nos últimos 3 ou 4 meses de seu tratamento ou ser egresso que optou por doar um período de sua vida à obra sem se consagrar a ela. Esses coordenadores auxiliam com sua experiência, operando como testemunho vivo de que a recuperação é possível. Também é elegível para a função os voluntários que conviveram durante um tempo com os jovens e acolheram o espírito da comunidade.

Os voluntários que não vivem dentro da comunidade constituem o grupo de apoio, oferecendo seus serviços gratuitamente à Fazenda. Consta em seus quadros profissionais de saúde, assistência social ou outros prestadores de serviços. A mão-de-obra especializada também está presente entre os funcionários, ou seja, aqueles contratados que recebem remuneração. Como este tipo de serviço especializado é oneroso, os contratados são em sua maioria pessoas que trabalham na administração, na contabilidade, como monitores, técnicos ou vendedores nas atividades de geração de renda. Mesmo com a relação entre Fazenda da Esperança e funcionários sendo mediada por um contrato, estes são contratados somente se compartilharem os valores do projeto.

As relações entre os membros da Fazenda da Esperança são predominantemente de corresponsabilidade, em que todos os internos, funcionários e voluntários sabem qual papel desenvolver para a manutenção da ordem. A estrutura física é setorizada e não possuem um membro específico para monitorar cada área. Esses setores obedecem à resolução RDC nº 29/11 da ANVISA, é padronizado para todas as unidades e apresentam a seguinte estrutura e função:

- **casas** com quartos coletivos para, no máximo, seis residentes, banheiro, quarto para o agente comunitário, cozinha, sala de estar e refeitório, lavanderia, depósito/despensa e varanda;
- **área de trabalho** em que são desenvolvidas as atividades laborais de cada unidade. Incluem horticultura e criação de animais;
- **área de lazer** composta por quadra de esportes, sala de jogos/recreação, sala de TV/música e área externa para caminhada;
- **área para atendimento** individual ou coletivo (sala de reuniões);
- **área de atividades espirituais** com capela/igreja e salão de encontros;
- **área administrativa** com escritório, arquivo das fichas dos recuperandos e sala de recepção de familiares e visitantes.

3.1.5 Família da Esperança: a ponte com a Santa Sé

Criada em 1997, a Associação Família da Esperança é uma associação religiosa ligada a Arquidiocese de Aparecida – SP. Ela congrega leigos e ordenados que propuseram dedicar-se integralmente à Fazenda da Esperança e à outras obras sociais ligadas ao projeto. São mais de 700 membros que renunciam à vida fora das comunidades para viver junto aos internos, executando todas as atividades laborais, espirituais e de convivência. São pessoas que optaram viver em comunidade, atraídas por este estilo de vida através da busca por aproximar-se de Deus vivendo intensamente a proposta do Evangelho. Essas pessoas cumprem o objetivo estatutário de “santificar” seus membros e ser a “alma” de um projeto de vida, que é a Fazenda da Esperança.

A Família da Esperança é diferente da Fazenda da Esperança. Na Fazenda a vida em comunidade tem caráter transitório e seu objetivo é recuperar o dependente químico apresentando-lhe um estilo de vida alternativo ao que lhe é apresentado na vida em sociedade. A Família da Esperança é uma comunidade em que seus membros escolheram renunciar à

vida cotidiana, vivendo em função do Evangelho e dos trabalhos sociais, na tentativa de se aproximar dos ideais e do modo de vida dos primeiros cristãos.

Em 24 de maio de 2011, a Família da Esperança foi elevada a Associação Internacional de Fiéis, pelo Pontifício Conselho para os Leigos. Isso significa o reconhecimento do Vaticano da missão da associação e dos frutos obtidos nas obras vinculadas à Fazenda da Esperança. Para tal reconhecimento, o estatuto e as práticas da Família da Esperança devem ser obedientes aos preceitos da religião e cumprir missão evangelizadora, levando um dos carismas (neste caso, o carisma da esperança) para o mundo. Essa diferença entre Família da Esperança e Fazenda da Esperança é fundamental para a compreensão de que aos membros da primeira é imposta a doutrina católica, e aos segundos cabendo participar dos valores “espirituais” da mesma como experiência de tratamento pela sua adicção.

3.2 Diretrizes da pesquisa

A pesquisa foi organizada de modo a confrontar as definições e regimentos de comunidades terapêuticas e políticas nacionais para o tratamento de dependência química com as práticas executadas pelos agentes envolvidos no campo. Para isso, as leituras preliminares focaram na construção social das drogas, do desvio e do estigma; na construção normal-legal das parcerias público-privadas; e no valor da caridade como intervenção católica no espaço público brasileiro. O trabalho não se trata de uma etnografia que objetiva a descrição densa na busca do “sentido” de práticas dentro da comunidade para os indivíduos que a compõe. A análise do trabalho de campo e dos dados obtidos pela pesquisa documental e bibliográfica permitiu verificar as interferências da religião em dimensões importantes do espaço público, como a liberdade de expressão, de pensamento e a laicidade. A discussão que pretendemos fazer foi se as instituições privadas de matriz católica (na figura da Fazenda da Esperança) terminam por assumir os valores públicos ou se prevalece um conjunto de valores e práticas específicas de teor religioso, uma vez que são financiadas pelo Estado na prestação de um serviço público.

Além da observação participante, entrevistas não-estruturadas foram conduzidas explorando a memória dos entrevistados acerca dos eventos que os levaram a integrar a comunidade estudada e a percepção de seu papel dentro do grupo ou na história do grupo. As experiências individuais oferecem um panorama sobre o posicionamento de indivíduos e outros elementos-chave no campo, indicando, por exemplo, as autoridades moralmente

investidas, possíveis processos de ruptura com as estruturas normais-legais e pontos de conflito entre os indivíduos e instituições envolvidas na pesquisa. As entrevistas deram aporte para verificar em quais pontos os referenciais teóricos eram negados ou se diferenciavam da realidade encontrada em campo.

Por fim, foi realizada uma etnografia documental. O levantamento considerou leis, portarias de órgãos públicos, atas de reuniões, documentos pontifícios, estatutos institucionais, matérias de jornais e sites e outras fontes que expunham o posicionamento institucional de instâncias estatais, da Igreja Católica e da Fazenda da Esperança. Segundo Vianna (2014, p. 48 e 49), os documentos fornecem a realidade administrativa, ao passo que escondem os “jogos sociais de produção de autoridades” estabelecidos entre as múltiplas vozes que compõem a realidade de produção dos documentos. Documentos dizem respeito ao tema de sua confecção, mas também contam contextos históricos e institucionais.

Ao visitar a Fazenda e realizar entrevistas com alguns internos buscou-se verificar se sobre eles havia alguma imposição da doutrina católica, sejam valores morais ou aspectos rituais da religião. A ideia foi de mapear a tensão e acomodação entre a visão comunitária-familiar católica que prevalece na metodologia das Fazendas e as políticas públicas gerais de tratamento aos dependentes químicos. Buscava, por esta escolha, confrontar as colocações dos internos e as observações do cotidiano com os estatutos e colocações dos responsáveis pelas sedes visitadas e assim verificar como se exerce na prática, a influência das normas do Estado brasileiro na gestão de serviços públicos por entidades privadas.

A abordagem tanto do trabalho de campo quanto dos documentos e literatura utilizada nesta pesquisa procurou não isolar das fontes de informação (pessoas e documentos) dos contextos sociais de sua produção. Gilberto Velho (1989) sugere que no estudo dos comportamentos desviantes os pesquisadores superem a perspectiva de anomia, que acaba relegando a estrutura social ao engessamento de suas manifestações. Por esta perspectiva, o pesquisador pode ser levado a considerar que a sociedade tem manifestações contextualmente homogêneas e rígidas e o tratamento destinado aos “inadaptados” seria monolítico. Romper com essa perspectiva enrijecida do desvio é particularmente rico para esta pesquisa, já que estamos tratando de duas instituições (Estado e Igreja Católica) que determinam fortemente as normas sociais dentro de uma mesma sociedade, no mesmo contexto histórico e que têm referências diferentes sobre o tratamento dado ao desvio da adicção.

O fato é que não é o ocasional *gap* entre a estrutura social e a cultura mas sim o próprio caráter *desigual contraditório e político* de todo o sistema sociocultural que permite entender esses comportamentos. Assim, pode-se perceber não só o sociocultural em geral, mas particularmente, o político nas

mais “microscópicas” instâncias do sistema sociocultural. (VELHO, 1989, p. 28, grifos do autor).

Outra razão pela qual não é desejável tratar o “desvio” da dependência química por uma perspectiva exclusivamente sociologizante ou exclusivamente legal é que a própria expectativa em torno da eficiência dos trabalhos das comunidades terapêuticas (“cura”) é diferente para a Igreja e para o Estado⁹¹. A própria literatura médica é controversa sobre as definições de doença (sintomas, tratamentos, intensidade, etc.) que poderiam caracterizar a dependência química. Essas divergências são ampliadas nas discussões de especialistas em segurança, sociologia e na própria medicina que não são consensuais em tratar a adicção como uma patologia pessoal ou social.

A partir desses dados do campo, podemos verificar as intercessões entre os significados das práticas terapêuticas para internos, voluntários e membros permanentes da Fazenda da Esperança e sua relação com a esfera pública, de onde emergem os dispositivos jurídico-políticos em que se baseiam legisladores e idealizadores das políticas públicas. Estes dois planos destacam, de um lado, o cotidiano da eficácia ritual, das vivências e interações entre esses atores, e de outro, o abstrato universal das políticas gerais para a sociedade. Revelam também um campo tensionado sobre a definição do processo de legitimação da autoridade sobre os processos de “cuidado” e “assistência” dos desajustes produzidos pela nossa sociedade.

⁹¹ Superficialmente, “cura” significa interromper o uso de substâncias psicoativas tanto para a Igreja quanto para o Estado. Entretanto, o que as instituições vislumbram como comportamento esperado após a internação é diferente: o Estado busca um indivíduo adaptado às atividades produtivas, longe dos comportamentos de risco para a saúde e segurança; a Igreja busca um indivíduo que rompa com padrões individualistas que são alimentados por comportamentos vaidosos, pouco afeitos aos valores familiares e religiosos.

CONCLUSÃO

As íntimas relações entre o Estado e a Igreja Católica no Brasil interessam distintas áreas acadêmicas por fornecerem bases para análises de comportamentos institucionais e sociais, em recortes de diferentes contextos históricos. Considerando a multiplicidade das manifestações da Igreja na vida social brasileira, essa dissertação propôs a análise da Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança como via de acesso a uma (entre as inúmeras) perspectiva da ação institucional da Igreja Católica no espaço público brasileiro. A análise se deu em três capítulos que construíram parte do cenário sócio-político da inserção institucional católica nas esferas formais da administração pública.

O primeiro capítulo demonstrou como a Igreja Católica participou da vida pública no Brasil, reconstituindo através da pesquisa bibliográfica as ações políticas e assistenciais da instituição. Esta abordagem buscou a compreensão do posicionamento que a Igreja Católica adota referente à sua atuação na sociedade brasileira e, mais especificamente, sobre o posicionamento desta sobre as drogas como um problema social. O segundo capítulo elencou as principais diretrizes legais do Estado brasileiro sobre o tema drogas. Conduzido como uma linha temporal, esse capítulo trouxe o assunto observando as leis e normas relativas ao tratamento dado ao usuário de drogas – de sua criminalização até a criação de instituições públicas e privadas destinadas a este público. O terceiro capítulo trata mais especificamente da realidade das Fazendas da Esperança pesquisadas, sua estrutura de funcionamento e sua metodologia terapêutica.

Ao longo deste trabalho, verificamos que a Fazenda da Esperança está situada em dois campos em disputa por legitimidade. O primeiro é a legitimação da integração das comunidades terapêuticas como alternativa para o tratamento da dependência química ofertada pelo Estado brasileiro. Este é o objeto de análise central desta dissertação. Entretanto, em campo, pudemos ver outro aspecto de tensão através da polaridade existente entre a Igreja Católica e as comunidades de leigos. Há um forte aparato institucional da Igreja para que membros que não foram formalmente designados não se pronunciem em nome da instituição, mesmo que estes indivíduos pertençam ao clero. Esta é uma tensão constante desde que a “Teologia da Libertação” foi considerada uma interpretação nociva dos dogmas da Igreja Católica. Desde o pontificado de João Paulo II é incentivado a participação de associação de fiéis para intervir em assuntos sociais de acordo com as propostas do Evangelho. Mas são reforçadas as recomendações para a atuação desses fiéis, principalmente quando estes agem em algum tema político.

Atualmente, o papa Francisco mantém o mesmo cuidado ao realizar recomendações sobre a atuação de fiéis na sociedade. A principal ressalva do pontífice é que a Igreja não é uma instituição do “mundo”, portanto ela deve agir para santificar seus membros.

Antes de mais nada, viver o Evangelho é a principal contribuição que podemos dar. A Igreja não é um movimento político, nem uma estrutura bem organizada. Não é isso! Não somos uma ONG, e quando a Igreja se torna uma ONG perde o sal, não tem sabor, não passa de uma organização vazia. Neste ponto sede sagazes, porque o diabo nos engana; há o perigo do eficientismo. Uma coisa é pregar Jesus, outra é a eficácia, ser eficientes. Isto, não; aquela é outro valor. Fundamentalmente, o valor da Igreja é viver o Evangelho e dar testemunho da nossa fé. A Igreja é sal da terra, é luz do mundo; é chamada a tornar presente na sociedade o fermento do Reino de Deus; e fá-lo, antes de mais nada, por meio do seu testemunho: o testemunho do amor fraterno, da solidariedade, da partilha. Quando se ouve alguns dizerem que a solidariedade não é um valor, mas uma “atitude primitiva” que deve desaparecer... é errado! Está-se a pensar na eficácia apenas mundana. [...] Neste tempo de crise, não podemos preocupar-nos só com nós mesmos, fecharmo-nos na solidão, no desânimo, numa sensação de impotência face aos problemas. Não se fechem, por favor! Isto é um perigo: fecharmo-nos na paróquia, com os amigos, no movimento, com aqueles que pensam as mesmas coisas que eu... Sabeis o que sucede? Quando a Igreja se fecha, adoece, fica doente. Imaginai um quarto fechado durante um ano; quando lá entrais, cheira a mofo e há muitas coisas que não estão bem. A uma Igreja fechada sucede o mesmo: é uma Igreja doente. A Igreja deve sair de si mesma. Para onde? Para as periferias existenciais, sejam eles quais forem..., mas sair (FRANCISCO, 2013).

Os movimentos de fiéis da Igreja Católica são orientados a “sair de si mesmos”, mas sempre observando os princípios da doutrina. Na prática, isso significa que, se alguma norma ou lei que incide sobre a atuação desses movimentos ferir os preceitos católicos, os fiéis devem voltar sua atuação para o que ensina a doutrina. Foi o que aconteceu quando representantes da Fazenda da Esperança se recusaram a participar do primeiro edital do SENAD, quando a presidente da instituição insistiu em vetar a prática de atividades religiosas nas comunidades terapêuticas. Na ocasião, a recusa em firmar parceria com o Estado não significou que as atividades terapêuticas voltadas para os dependentes químicos seriam interrompidas. Elas continuariam, mas conforme o exercício dos carismas católicos. O episódio em questão teve o respaldo institucional através da presença de Dom Irineu Danelon como representante formalmente instituído pela CNBB, durante o processo de deliberação sobre o tema.

A Fazenda da Esperança é definida como uma comunidade tanto no ponto-de-vista jurídico-normativo quanto na identidade do projeto. Cecília Mariz (2005b, p. 253) identifica que há um léxico próprio que diferencia o tipo de laço dentro das comunidades católicas de

acordo com a opção de relação entre o membro e o grupo. Aqueles que decidem compartilhar a sobrevivência e o cotidiano em uma comunidade separada da sociedade formam a “comunidade de vida” e os que se mantêm inseridos no “mundo exterior”, por vínculo de emprego, família, etc, fazem parte de uma “comunidade de aliança”. A autora constata que não há uma diferença hierárquica entre os dois grupos, embora haja uma admiração por aqueles membros que fazem parte da comunidade de vida.

Existe uma relação semelhante entre internos, voluntários e membros da Família da Esperança que participam do cotidiano da comunidade terapêutica, pelo menos no que diz respeito a ausência de privilégios entre os indivíduos componentes da Fazenda.

A Associação Família da Esperança é uma instituição religiosa, constituída em 1999, ligada a Arquidiocese de Aparecida –SP, por estas pessoas que se dedicavam às obras da Fazenda da Esperança. É esta Associação, que é aprovada pela Igreja Católica, e teve o reconhecimento do Vaticano, em 2010. Esta Associação cuida das obras da Fazenda da Esperança. E viveu desde o início os ensinamentos do Evangelho. Hoje são mais de 700 membros, além de um corpo de voluntários muito grande. A Família da Esperança tem como objetivo estatutário a santidade de seus membros e ser a alma do corpo, que é a Fazenda da Esperança. A Fazenda da Esperança é sua missão, aberta a participação de pessoas que também querem se dedicar a esta missão, voluntariamente (Iraci Leite, entrevista por e-mail, 2016).

A relação de admiração relatada por Mariz foi observada na Fazenda da Esperança de modo mais objetivo, ou seja, os membros da comunidade que abdicaram da vida exterior são vistos como inspiração para o interno que deseja viver de modo “regrado” ao fim de sua internação. Outro aspecto da relação entre internos da Fazenda e membros da Família da Esperança é a normalidade com que a ruptura com o mundo exterior é vista por todos. Uma vez que os laços afetivos e sociais dos internos haviam se rompido pela condição de usuário, os internos parecem não perceber o quão radical pode ser essa decisão para indivíduos integrados socialmente.

Embora os jovens sejam descritos como o público-alvo da Fazenda da Esperança, a realidade em relação à faixa etária se demonstra heterogênea. A maior parte dos membros da Família da Esperança com quem tive contato estava em uma faixa etária acima dos 30 anos, bem como os membros da Fazenda da Esperança. Esse cenário se diferencia do cenário descrito por Carranza (2000) e Mariz (2005a; 2005b) que afirmam ser a juventude o público-alvo das comunidades católicas e encontram em suas pesquisas um número considerável de jovens participantes. Eu não tenho dados suficientes para afirmar se isso é uma constante em todas as Fazendas da Esperança e se os cenários que encontrei em Minas Gerais e São Paulo são circunstanciais. O que obtive de resposta quando procurei apreender a importância de

estabelecer a juventude como público da Fazenda foi uma síntese da perspectiva que o senso-comum estabelece como perfil do usuário de drogas (adolescentes e jovens em situação de risco social) e do perfil institucional determinado para o projeto. A presença de adultos (chegando a receber pessoas acima dos 50 anos) é justificada pela universalidade do carisma, em que não há uma idade melhor ou mais privilegiada para o encontro com as verdades de Cristo.

Durante a descrição do campo, as perspectivas sobre a terapêutica da Fazenda da Esperança foram trabalhadas sem diferenciar o entendimento que internos, voluntários e membros da Família da Esperança têm da instituição. Todos os membros envolvidos com a comunidade terapêutica estão submetidos às mesmas regras de convivência dentro do ambiente da comunidade. A vivência da espiritualidade, do trabalho e vida em comunidade também não se apresenta compartimentada em blocos de atividades. Todas as ações que fazem parte do dia-a-dia da unidade congrega algum nível desses três aspectos-base da terapêutica do local. Os membros da Família da Esperança que atuam dentro das Fazendas e os internos não racionalizaram, em seus depoimentos, diferenças de *status* entre recuperandos e voluntários, membros ou não, da Família da Esperança. Todos se sentem parte de um projeto maior do que a recuperação da dependência química, estando focados para a construção de uma convivência harmônica, baseada na autossuficiência do projeto e na ajuda mútua entre seus membros.

As consequências deste comportamento de intensa ruptura com os valores socialmente estabelecidos pesam sobre a legitimidade da comunidade terapêutica entre especialistas e militantes de movimentos sociais voltados para os cuidados com dependentes químicos. A metodologia baseada em valores “espirituais” está de acordo com os limites impostos pela legislação governamental sobre o tratamento da dependência química prestado por instituições privadas. Todavia, a convivência dos membros da Família da Esperança na rotina dos internos da Fazenda da Esperança carrega o ambiente com vivências de símbolos e rituais católicos (missas, terços, visitas de religiosos, etc.) sem que haja outro sistema social de referência para se contrapor. Apesar da imersão no universo simbólico católico, os indivíduos entrevistados que disseram não ser católicos antes do ingresso no período de internação tampouco demonstraram interesse de se converter. Para reforçar que o catolicismo não afeta a legitimidade dos métodos da Fazenda, Iraci Leite (membro fundadora da Fazenda da Esperança e gestora do projeto) relata como bem-sucedida a presença da CT em países em que o catolicismo não é a religião predominante na sociedade e em territórios em que a população de ateus é significativa.

A Fazenda da Esperança é de inspiração católica, porque seus fundadores são católicos, mas não afeta a liberdade de religião de seus acolhidos. Todas as pessoas que se interessam pela Fazenda sabem que ela tem origem católica, mas a Fazenda acolhe todos, não tem distinção de religião. Por isto, ela pode estar presente em países com grande população de outras religiões e mesmo de pessoas que não acreditam em Deus.

É importante entender que não impomos uma crença para os internos. Eles conservam a própria crença, embora a maioria já tenha se distanciado dela. Não impomos os preceitos católicos. Vivemos o Evangelho. Não damos ênfase à doutrina. Vivemos concretamente o Evangelho e fazemos esta proposta para eles. Algumas crenças tem em comum o Evangelho. Mesmo os acolhidos, que não tem religião, fazem experiências concretas do Evangelho. No exterior temos Fazendas com muitos jovens ateus e jovens de religião não cristã. No entanto, não temos problema com a espiritualidade. Na Rússia, a maior parte da população é da religião ortodoxa e a Fazenda está presente. Anexamos duas experiências, de um ateu e de uma jovem de outra religião (Iraci Leite, entrevista por e-mail, 2016).

Questionar a legitimidade da atuação das instituições religiosas no tratamento da dependência química é necessário porque elas constituem – a partir do estabelecimento da parceria entre governo e as CT's – um serviço de caráter público (universal e laico). As instituições religiosas encerram verdades para seus fiéis e compõem um importante sistema de referência pessoal. Porém, ao adentrarmos no território das comunidades terapêuticas, a prática espiritual como método de recuperação talvez não seja o parâmetro adequado para determinar a plausibilidade desta iniciativa de parceria público-privada.

As parcerias entre o Estado brasileiro e instituições privadas para prover a demanda de vagas para recuperação de dependentes químicos dissimula as tensões entre os atores institucionais envolvidos com o processo de discussão em torno da legitimidade das comunidades terapêuticas. Sem se aprofundar no funcionamento institucional e nas determinações legais, prevalece o discurso da conveniência que norteou a reforma administrativa do Estado no Brasil: desonera o Estado, desburocratiza a gestão de recursos e atende a demanda social.

O Senador Waldemir Moka [...] entende ser de grande relevância as atividades de prevenção, sendo, para tanto, muito importante a parceria dos governos com as entidades civis que se dedicam a tais atividades, até mesmo porque a *atuação do Estado ainda é incipiente, quando comparada, por exemplo, com o trabalho das comunidades terapêuticas*. (BRASIL, 2011, p. 17, grifo nosso).

Ele [Senador Wellington Dias] lembrou que as comunidades terapêuticas desenvolvem trabalhos sociais primordialmente, não podendo ser tratadas como meros hospitais, sujeitos a rigorosas normas sanitárias, e, portanto, nessa área social, *há, sim, que se reconhecer a eficiência da fé*, da cultura, de um conjunto de outras atividades relacionadas como terapias diversas (idem, grifo nosso).

[Paulina Duarte, secretária nacional do SENAD] Afirmou que urgente se faz a ampliação da rede de tratamento, considerando nesse âmbito as vagas disponíveis pela comunidade terapêutica [...]. Salientou que havia um item no edital [de financiamento de comunidades terapêuticas pelo Fundo de Saúde] que dizia claramente que não se podia obrigar uma pessoa a assistir a atividades religiosas, o que, afirmou, é constitucional, por não poder haver financiamento público a qualquer religião (ibidem, p.22).

Entretanto, essa pretensa facilidade esconde as disputas institucionais que o campo encerra, principalmente sobre o monopólio do “poder de cura” da dependência química. Conforme exposto no segundo capítulo, a possibilidade das comunidades terapêuticas se configurarem como espaços de terapia legítimos, ou seja, serem consideradas como entidades de saúde, enfrenta grande resistência dos órgãos de autoridade médica:

A Comunidade Terapêutica não é uma instituição, mas uma estratégia que pode ser aplicada em ambientes com perfil para tutela, guarda e proteção do indivíduo que dela necessita e que possa estar compulsoriamente, involuntariamente ou voluntariamente em suas dependências. Não cabe dizer se segue modelo conduzido por psiquiatras ou não, porquanto a estratégia pode ser aplicada do mesmo modo em presídios e em hospitais psiquiátricos. O que os diferencia é a atividade finalística. No presídio, o objeto finalístico é devolver à sociedade um indivíduo melhor ajustado para o convívio com seus impulsos e a expressão destes na relação com a família, a sociedade e o trabalho. Os presídios não são ambientes médicos, tanto quanto não o são os ambientes protegidos para onde escolham ir, voluntariamente, pessoas que desejam abandonar os hábitos tóxicos das dependências químicas, fora do período de abstinência ou isentos de comorbidades. Nos ambientes médicos, o objetivo é restabelecer a saúde do indivíduo para que retome as condições funcionais para viver em família, sociedade e ocupação (CFM, 2013, p. 10 e 11).

[...] Comunidade Terapêutica é uma estratégia de abordagem que conjugou aspectos de técnicas psicológicas, notadamente a psicanálise, com conceitos de base sociológica fortemente influenciada pelos ideais socialistas de uniformidade e ausência de hierarquias. Tratados como ambientes democráticos, para se antepor ao que chamaram exaustivamente e pejorativamente de autoritário, utilizaram-se os neologismos hospitalocêntrico ou medicocêntrico de forma a causar uma ojeriza, um sentimento de rejeição a tudo que remeta à necessidade da presença dos médicos e de sua competência para definir as ações em medicina (Ibidem, p. 30 e 31)

Os alertas emitidos pelos conselhos de classe consideram que aspectos da religiosidade se sobrepõem a racionalidade científica. Considera-se que a totalidade das CT's não respeitam os direitos humanos, impondo punições violentas e práticas religiosas aos residentes. Há um discurso que desqualifica as comunidades terapêuticas devido à atuação de instituições religiosas na oferta deste serviço. Evoca-se a laicidade do Estado, compreendendo que o financiamento governamental segue para as igrejas e não para o trabalho de recuperação

dos dependentes químicos, uma interpretação que, em última instância, afirma essas instituições como meios de conversão forçada pela exploração da fragilidade psíquica de seu público.

A ideia superestimada é a de que nesse ambiente não vai ocorrer violência, intimidação, descumprimento de ordens e todas as pessoas terão respostas lineares, quando não é o que acontece, de fato (CFM, 2013, p.10).

Sendo constitucionalmente um Estado Democrático de Direito, definido pela Constituição Federal, desde 1891 o Estado brasileiro tornou-se laico, ou seja, separado das opções e orientações religiosas de qualquer natureza. Neste sentido, o caráter laico do Estado deve se estender a todos os serviços e dimensões da vida social por ele regulado, sendo necessária sua preservação para a consolidação do processo democrático. Com base no documento elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que realizou inspeção em 68 comunidades terapêuticas, a imposição de credo religioso é uma prática evidenciada nas comunidades terapêuticas, o que compreendemos como uma violação dos direitos das pessoas que têm sido atendidas por estas entidades. Entendemos, portanto, que este tipo de recurso utilizado para tratamento fere frontalmente a laicidade do Estado (CFESS, 2014, p.2).

[...] nossa compreensão de que as unidades de acolhimento não têm condições sequer de realizar a avaliação inicial para efeito de acolhimento, de acompanhar ou tratar pessoas que consomem drogas de forma abusiva ou delas são dependentes, visto que não têm equipe especializada. Nesse sentido, nos perguntamos com que finalidade o Estado destinará recursos para estas unidades acolherem pessoas que, pelo seu perfil epidemiológico, deveriam ser tratadas nas unidades de saúde? A maioria dos casos de dependência química necessita de avaliação médica, então, porque não adensar as unidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ampliar o tratamento dos/as usuários/as de drogas no âmbito do SUS? Por que não destinar o financiamento que se pretende repassar às “Comunidades Terapêuticas” para a ampliação da RAPS, que trabalha na lógica da atenção psicossocial e da desconstrução da lógica manicomial? (Ibidem, p. 5)

Algumas considerações devem ser feitas sobre esses pareceres dos conselhos de classe que regulamentam a medicina, a psicologia e a assistência social. O primeiro ponto relaciona-se com a dimensão legal: disserta-se sobre a constitucionalidade da prestação de serviços públicos feitas por entidades religiosas com financiamento do Estado brasileiro. Conforme exposto no segundo capítulo, é possível que qualquer entidade civil atue como prestadora de serviços públicos, desde que obedecidas as normas e a legislação vigente sobre a matéria. É necessário também que se garanta a universalidade de seu acesso. Pela terceirização, transfere-se para o setor privado os serviços auxiliares e de apoio, visando que os bens sociais e científicos (que são de responsabilidade do Estado fomentar) sejam gerenciados pela lógica de mercado, que é mais eficiente do ponto de vista da capacitação dos recursos humanos e da gestão dos recursos levantados (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 61).

As comunidades terapêuticas estão em conformidade com esse modelo gerencial do Estado brasileiro, a despeito de sua gestão religiosa. Tal parceria público-privada não se distancia das atividades executadas pelas entidades mais tradicionais do terceiro setor, a exemplo de ONG's e de movimentos organizados sem a participação confessional. Assim como as CT's, outras entidades civis que prestam serviços de assistência nos mais diversos campos também precisaram adequar suas estruturas e métodos para firmar contratos com o Estado. Todavia, verificamos que o debate sobre a lógica da conveniência das PPP no tratamento da dependência química é secundário. A disputa sobre a autoridade neste campo se dá em termos da laicidade ou não dos métodos das comunidades terapêuticas confessionais. Os discursos que se opõem a estas instituições vêm de uma categoria tradicional na sociedade brasileira, a saber, a classe médica (na figura dos conselhos de classe). O debate se polariza com outro setor tradicional, representado pelas religiões cristãs (que em defesa das CT's se apoiam predominantemente em figuras do clero católico).

Segundo a regulamentação da matéria, a verba pública encaminhada a estas instituições deve ser destinada em sua totalidade para o tratamento dos dependentes químicos, com sanções cabíveis a qualquer caso de infração das normas estabelecidas na RDC 29/2011. Esta resolução contempla normas de infra-estrutura, recursos humanos e possibilidades terapêuticas. Não há impedimento que o tratamento seja desenvolvido em instituição de administração confessional, desde que a terapêutica não imponha a conversão dos internos, que a internação seja voluntária e que as vagas destinadas aos residentes do SUS obedeçam ao critério de universalidade. Isto significa, entre outras coisas, que a religião do paciente ou da família não pode constituir impedimento para a internação.

Os conselhos e associações de profissionais de saúde exigem da SENAD e do Ministério da Saúde que as CT's sejam obrigadas adequar sua infraestrutura e metodologia àquelas exigidas das instituições hospitalares. Alegam que a metodologia das CT's não têm evidências científicas de sua eficiência sobre a dependência química, além de afirmar que a adicção é uma doença e, como tal, deve ser tratada de acordo com recursos hospitalares. Os conselhos de classe apoiam sua críticas nas denúncias de maus tratos dentro destas instituições e contestam financiamento público para as mesmas com base na laicidade do Estado brasileiro.

O que temos de retrocesso [*em relação à saúde mental no Brasil*] é esse fenômeno criado em volta das pessoas em situação de rua, dos usuários de crack. Construíram no imaginário popular que isso é um fenômeno novo, que há muita gente nessa situação e de que então precisamos ofertar uma nova política de saúde mental. O certo seria incorporar os usuários de álcool e outras drogas dentro dessa rede psicossocial, por meio dos Caps AD

[Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas] que atendesse essa população. Mas o apelo da classe burguesa, dos interesses imobiliários, da higienização social, acabou consolidando um retorno dos manicômios que hoje se chamam comunidades terapêuticas. Elas têm a mesma lógica dos manicômios, de tirar o sujeito de circulação e segregá-lo, afastá-lo das relações sociais. Isso vai contra tudo o que se pensou para a saúde mental, porque compreendemos que aquele que sofre psicicamente, ele precisa estar nas suas relações sociais porque a sua diferença não impede de estar trabalhando, fazendo suas atividades, trocando com seus familiares. Além disso, vivemos num estado laico, e essas comunidades na sua maioria têm viés religioso, sem o cuidado com saúde, e se oferece o culto em busca da cura. Se isso não for a barbárie, é pelo menos uma vergonha. Isso não só vai contra os princípios da Reforma Psiquiátrica, mas até da Constituição brasileira, já que vivemos num estado laico de direito (BELLONI, 2014, grifo nosso).

Cabe aqui discutir o que se entende por laico no contexto deste debate. Os setores que são contra o financiamento governamental das CT's consideram o Estado brasileiro laico no sentido de separação entre os assuntos religiosos dos interesses governamentais (saúde, educação, assistência social, etc). Já as religiões envolvidas com o tratamento da dependência química e em outras políticas públicas, compreendem “laico” como a presença plurirreligiosa no espaço público.

A consequência de toda esta polêmica parlamentar foi a extensão do reconhecimento, em termos de presença pública, adquirida historicamente pela religião católica, às demais, leia-se aos evangélicos - e não a supressão desta presença para toda e qualquer religião como desejavam os minoritários grupos de deputados laicos. Esta fórmula se alargará para outros eventos, onde cada vez mais a concepção de laicidade imperante no país passa a ser de uma presença isonômica das religiões (mais representativas, as cristãs, ou seja, católicos e evangélicos) no domínio público (CAMURÇA, no prelo).

Esse conflito de interesses entre os setores laicos/laicistas e religiosos interfere diretamente na questão da legitimidade do Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas, atualmente suspenso pelo Ministério Público. A presença da religião e de símbolos religiosos no espaço público atualmente constitui uma zona cinzenta de regulamentação: não é ilícita a presença de símbolos religiosos no domínio público, mas também não há consenso ético sobre a presença dos mesmos. Uma vez firmado contrato entre CT e Governo Federal, as unidades cadastradas na SENAD que prestam serviço de acolhimento aos dependentes químicos também podem ser consideradas “espaços públicos”.

As religiões que administram essas instituições de internação contemplam em seus argumentos a dimensão simbólica do empreendimento. As CT's oferecem um novo estilo de vida a partir de um sistema de referência descrito como “confiável” e que permite a incorporação do indivíduo a um grupo de semelhantes. Elas exploram as construções

sociológicas sobre as drogas, ao assumir que as redes sociais são importantes para a redução do dano social que o uso abusivo de psicoativos gera. Seus idealizadores partem da premissa que as comunidades terapêuticas não são espaços médicos porque a maior parte delas não foi concebida para “curar” a dependência química. Seus internos se dispõem voluntariamente a se internar, cientes de que abrirão mão de qualquer dispositivo farmacológico para lidar com o vício. Deste modo, as CT’s creem ser dispensável atender as normas destinadas aos estabelecimentos de saúde, como ficou claro na afirmação de Frei Hans Stapel, na ocasião da recusa em submeter à Fazenda da Esperança ao primeiro edital do SENAD de financiamento das CT’s: “Eu rejeitei. Sabem por quê? Porque não entendem a comunidade terapêutica. Querem fazer de nós um hospital, o que não somos” (SENADO FEDERAL, 2011, p. 66).

As visitas à Fazenda da Esperança ilustram essa dimensão simbólica entre a terapêutica e a religião: parte significativa dos internos entrevistados afirma que procuraram ajuda nas instituições formais (polícia, justiça e clínicas médicas), mas queixaram-se das dificuldades burocráticas, da impessoalidade e da objetividade do atendimento oferecido. Os internos querem ser ouvidos, reconhecidos como indivíduos singulares e criar laços baseados no afeto, condições que a perspectiva sanitária da dependência química dificulta dentro das instituições hospitalares. Ali, os internos são submetidos a prescrições farmacológicas semelhantes, são ouvidos dentro dos limites das relações profissionais especializadas (psicólogos e assistentes sociais) e são pouco integrados ao ambiente em que estão internados. Se retomarmos ao conceito de amortização do *self*, como propõe Goffman (1992) ao falar das instituições totais, os ambientes médicos para internação dos dependentes químicos também despersonaliza o sujeito, ao reduzi-lo a práticas e rotinas médicas padronizadas de acordo com a patologia diagnosticada, em detrimento da observação das necessidades individuais dos pacientes.

Para concluir a relativização do argumento que liga a religião a falta de legitimidade para prestar serviços públicos, adentraremos na dimensão política do tema. A disputa pela legitimidade do campo do tratamento da dependência química é, acima de tudo, uma luta política, na qual o Estado não é o protagonista; antes de tudo, ele é a arena em que instituições religiosas e médicas confrontam suas posições.

Mas estes processos políticos de nível mais baixo, ou de nível local, ocorrem dentro de instituições que preenchem muitas funções que não são políticas. O comportamento político encontra-se, aqui, vinculado intimamente a ações que são dirigidas a outros objetivos não políticos que podem ser isoladas analiticamente destes outros aspectos, mas não em termos de espaço, tempo ou pessoas (BARNES, 1987, p. 159).

Dentro da CT a identidade de usuário é ressignificada com base nas trocas de experiências individuais, em um ambiente disciplinador marcado pela ruptura radical com a sociedade exterior. A natureza da Fazenda da Esperança aparentemente é semelhante com aquela descrita por Goffman (1992) ao se referir às instituições totais, em que o “eu” (*self*) é amortizado em razão de forjar uma personalidade adequada ao fim das instituições estudadas. O que diferencia as Fazendas do modelo proposto por Goffman é a hierarquia pouco sistematizada ou pouco rígida e a flexibilização sobre a participação em momentos rituais (ou, no léxico local, “carismático”) importantes na instituição como missas, terços e festas. Nestes casos rituais, os internos são convidados a participar das celebrações. A obrigatoriedade nessas ocasiões se restringe às funções laborais em torno desses eventos, como organizar o espaço, montar cenários e transportar objetos.

Em lugar as instituições totais, podemos falar em *communitas*, conceito de Victor Turner (1974). Essa flexibilização hierárquica significa mais do que uma metodologia terapêutica, é através dela que as identidades são ressignificadas. Este processo é uma suspensão temporária dos papéis sociais, condição necessária para que uma nova identidade individual possa emergir. Em uma comunidade religiosa, a explicação desse processo é complementado por Csordas (1997; 2002), que afirma que para haver o “nascimento” deste “novo eu”, a identidade pregressa do indivíduo submetido a esses momentos de transição deve se identificar com o grupo no qual ele está sendo investido. A “terapêutica” consiste em dispositivos retóricos e rituais que devem acionar a memória, os afetos e utilizar uma linguagem simbólica que o indivíduo possa compreender. Portanto, a conversão não é possível somente com uma convivência intensa com símbolos religiosos, tais como a Bíblia, crucifixos e santos. Para ocorrer, o indivíduo deve possuir um *background* capaz de compreender a proposta de imersão religiosa oferecida e reconhecer possibilidades de mudanças em seu estilo de vida como desejáveis. Isso possivelmente explica a razão de muitos internos abandonarem o tratamento ou, caso concluam, não se converterem ou se integrarem à Família da Esperança (não há dados oficiais levantados pela instituição sobre tal número).

As identidades não são ressignificadas em função de transformar todos os indivíduos que fazem parte da comunidade terapêutica em católicos. Mas, certamente, a metodologia destes ambientes impelem os sujeitos a repensarem o “*self*” a partir de referências católicas. É impossível, nesses moldes, que não haja nenhuma influência religiosa na conduta dos internos, tanto no período de residência quanto na condição de egresso, mesmo entre aqueles

que optaram por continuar a participar das atividades da Fazenda da Esperança sem se converterem ao catolicismo:

Nós somos uma Entidade que nasceu ligada a Igreja. Esta ligação é principalmente em razão de que o impulso que leva as pessoas a se dedicarem à causa é viver o Evangelho, em especial, o amor. A Liberdade de religião é garantida pela Constituição brasileira. Atualmente, as diretrizes da Legislação não estão em conflito com o Evangelho. Houve um momento em que se discutiu sobre a existência da espiritualidade na CT e sua prática, que para nós é fundamental, mas já foi superado e está previsto que as comunidades terapêuticas tem uma espiritualidade. Mas, não impomos nossa crença, convidamos os jovens a uma mudança de vida e valores propostas no Evangelho e agimos de acordo com o Evangelho.

Muitos continuam a participar das Fazendas, porque criaram um vínculo de família, existem os que comparecem aos diversos eventos realizados na Fazenda e eventos de prevenção na própria região. Existem cerca de 150 Grupos de apoio, no Brasil e exterior, que chamamos Grupos Esperança Viva, que apresentam mensalmente relatórios sobre os jovens participantes, cerca de 3.000 jovens atualmente. Estes grupos tem regulamento interno, ajudam-se mutuamente a permanecer no novo estilo de vida que escolheram na Fazenda e levam ao mundo a espiritualidade e os valores que vivem, levam a esperança, realizam ações de prevenção, fazem ações sociais, como grupos GEV no presídio, dar alimentação para as pessoas de ruas e outras (Iraci Leite, em entrevista por e-mail, 2016).

Procurei analisar a Fazenda da Esperança de uma perspectiva holística, compreendendo que ela está dentro um sistema de interesses políticos e de um sistema de crenças religiosas. Consideramos que a mesma atua em um campo que, apesar das prescrições legais específicas, não possui uma rede estruturada com instituições de outra natureza, que não a religiosa, formalmente instituídas para a finalidade do tratamento da dependência química. O campo de tratamento da dependência química é desestruturado porque não há um sistema de referências de gestão e tratamentos que se comprovem plenamente eficaz. O sucesso dessas iniciativas terapêuticas depende, em larga medida, da gestão de outras questões sociais que passam ao largo da autoridade médica e religiosa. Essa baixa formalização permite que ocorra uma transinstitucionalização, ou seja, a instituição cumpre vários objetivos diferentes entre si, o que acaba influenciando o comportamento dos indivíduos que estão dentro destas instituições:

Conseqüentemente, ao se observar a política local, é inconveniente restringirmo-nos somente aos processos sociais que ocorrem em instituições políticas especializadas, pois estas podem simplesmente não existir. Devemos, ao contrário, adotar a perspectiva de política que está implícita em expressões como política acadêmica, política do esporte, política da igreja, etc. É a partir desta perspectiva que devemos procurar, onde quer que possamos encontrá-los, aqueles processos através dos quais indivíduos e grupos tentam mobilizar apoio para seus

vários objetivos e, nesse sentido, influenciar as atitudes e ações dos seus seguidores (BARNES, 1987, p. 160).

Seguindo essa perspectiva de Barnes, é possível compreender em que se apoia o discurso dos administradores da Fazenda da Esperança sobre a não-expectativa de conversão ao catolicismo e também justifica a presença de membros da Família da Esperança e outros voluntários que não são católicos. Essas pessoas, assim como os internos, não são forçadas a cumprir os rituais religiosos, mas estão em um ambiente imerso nas expressões católicas. Fatalmente, partilharão em suas manifestações sociais e em outros círculos de convivência parte desses símbolos. Essas manifestações cristãs não causam estranhamento entre os membros da Fazenda por constituírem-se como fator comum em outros espaços públicos como praças, escolas e instituições governamentais. Inclusive, as religiões cristãs argumentam que estes símbolos possuem caráter universal e constituem a “reserva moral da nação” (CAMURÇA, no prelo).

No desenvolvimento desta dissertação, procuramos abordar o aspecto simbólico da presença das comunidades terapêuticas no espaço público brasileiro. As CT's são apresentadas por movimentos religiosos como alternativa viável de política de assistência social para adictos, uma vez que, para sua existência, não há que se negar o saber médico ou confrontar as normas legais. Esses elementos são considerados como complementares à espiritualidade. Usos escusos podem e provavelmente devem acontecer, a partir da existência desses espaços. Observamos que a possibilidade de iatrogenia, ou seja, o desenvolvimento de dependência por estes ambientes comunitários - seja como “despersonalização” do indivíduo, seja como conversão -, em cenários que prevalecem o respeito à cidadania e aos direitos humanos, não se difere substancialmente das possibilidades de iatrogenia gerada nos ambientes médicos, tais como dependência de fármacos ou de metodologias e ambientes terapêuticos. Como considerado por Csordas (2002), a religião e a medicina não são constructos independentes e compartimentados, já que lidam com as expectativas em torno dos processos de “sofrimento” e “salvação”. Especialmente nas terapêuticas que visam a recuperação de patologias psicológicas, a disposição do indivíduo em se “curar” e sua integração em redes sociais que o mesmo reconhece como seguras, é fator determinante para o estabelecimento do bem-estar. Assim, teoricamente, a conversão religiosa e a iatrogenia médica, *nesses casos*, teriam o mesmo dinamismo simbólico ao depender da disposição pessoal e da identificação do indivíduo para ocorrer. A religião dentro das comunidades terapêuticas atua como um sistema de referência e não como identidade impositiva que absorve as práticas individuais.

Cabe a ressalva de que as comunidades terapêuticas devem ser compreendidas como alternativa de tratamento. Em nenhum momento os gestores, voluntários e internos da Fazenda da Esperança demonstraram compreender que este é o único caminho de tratamento que leva à condição de sobriedade. Pelo contrário, foi constante a observação da carência de modelos médicos, jurídicos e policiais para atender a demanda do dependente químico que deseja se recuperar ou para os familiares que buscam por socorro. Aqui podemos afirmar que as religiões, mais especificamente a Igreja Católica, são referências nesse sentido porque nas comunidades religiosas encontramos, historicamente no Brasil, auxílio para questões assistenciais e satisfação de necessidades básicas de indivíduos que não conseguem alcançar as instituições formais de atendimento das demandas sociais. Como as demandas sociais se tornaram crescentes após a redemocratização, como afirma Bresser-Pereira (1998), a dependência governamental desta atuação religiosa também aumentou. Desta forma, grupos confessionais constituem-se como *lobby* capaz de alterar dispositivos legislativos pela simples recusa em constituir parceria com o poder público, como no caso do primeiro edital de cadastramento das CT's no SENAD. Isso fortalece a atuação como força política das instituições religiosas cristãs no espaço público brasileiro. A necessidade do Estado por apoio de instituições religiosas para sanar questões públicas contribui para que a interferência teológica não encontre maiores resistências nos debates legislativos. O desafio para legisladores é equilibrar os interesses de grupos tradicionais da sociedade brasileira, como os grupos cristãos e as organizações de profissionais da saúde, enquanto não há meios fiscais para que instâncias governamentais possam suprir as demandas sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista**: contribuição para prevenção e crítica da medicina preventiva. 1975. 197 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. Disponível em: <<http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.
- AZZI, Riolando; GRIJP, Klaus van der. **História da Igreja no Brasil**: ensaio de interpretação a partir do povo. Tomo II/3-2: terceira época: 1930-1964. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008. (Coleção História Geral da Igreja na América Latina).
- BARNES, J. A. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (Org.). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987.
- BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (Orgs.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/handle/iciet/10019>. Acesso em: 10 out. 2014.
- BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011. v. 2.
- BELLONI, Fábio. “Os manicômios hoje se chamam comunidades terapêuticas”. **EPSJV/Fiocruz**, em 25 de mai. 2014. Entrevista concedida a André Antunes. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-manicomios-hoje-se-chamam-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 15 jul. 2016.
- BERGERON, Henri. **Sociologia da Droga**. Aparecida: Ideias & Letras, 2012.
- BETTO, Frei. **O que é Comunidade Eclesial de Base**. São Paulo: Abril, 1985.
- BIANCHINI, Alice *et al.* **Lei de drogas comentada**: artigo por artigo: Lei 11.343, de 23.08.2006. Coordenação: Luiz Flávio Gomes. 5. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.
- BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada. Edição Pastoral. 32ª impressão. São Paulo: Paulus, 2011.
- BOBBIO, Norberto. Sociedade Civil. In: _____. MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco (Orgs.). **Dicionário de Política**. 11. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. v.1.

BOFF, Leonardo. **Igreja: carisma e poder** – ensaios de eclesiologia militante. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2001a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVS aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 23 de maio de 2001, considerando o Decreto-Lei n.º 891/38 em seu Capítulo III - Da Internação e da Interdição Civil e o disposto na Lei n.º 10216, de 6 de abril de 2001.

considerando a Lei n.º 6.368/76 em seu Capítulo II - Do Tratamento e Recuperação; considerando a Portaria SAS/MS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece as diretrizes para a assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais; considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, para o licenciamento sanitário, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada, e eu Diretor-Presidente, determino a sua publicação. RDC n. 101, de 30 de maio de 2001. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2001b.

_____. _____. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2002.

_____. Conselho Nacional Antidrogas. O presidente do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto nos arts. 5º do Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000 e 18 do Regimento Interno e em decorrência do processo que realinhou a Política Nacional Antidrogas até então

vigente, resolve. Resolução GSIPR/CH/CONAD n. 3, de 27 de outubro de 2005. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES**. Versão 2-Atualização. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>>. Acesso em: 6 de agosto de 2016.

_____. Lei n 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006b. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2006b.

_____. Lei 12.10, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2009.

_____. Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2010.

_____. Decreto n 7.426, de 7 de Janeiro de 2011. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2011a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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. RDC N. 29, de 30 de junho de 2011. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2011b.

_____. Lei n. 12.793, de 2 de abril de 2013. Dispõe sobre o Fundo de Desenvolvimento do Centro-Oeste - FDCO; altera a Lei nº 12.712, de 30 de agosto de 2012, para autorizar a União a conceder subvenção econômica às instituições financeiras oficiais federais, sob a forma de equalização de taxa de juros nas operações de crédito para investimentos no âmbito do FDCO; altera as Leis nº 7.827, de 27 de setembro de 1989, e nº 10.177, de 12 de janeiro de

2001, que tratam das operações com recursos dos Fundos Constitucionais de Financiamento do Norte, do Nordeste e do Centro-Oeste; constitui fonte adicional de recursos para ampliação de limites operacionais da Caixa Econômica Federal e do Banco do Brasil S.A.; altera a Medida Provisória nº 2.199-14, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, para estender à Região Centro-Oeste incentivos fiscais vigentes em benefício das Regiões Norte e Nordeste; e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2013.

_____. Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis n. 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2014.

_____. Conselho Nacional Antidrogas. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Resolução n. 1, de 28 de agosto de 2015. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, 2015.

_____. Ministério Público Federal. Ação Civil Pública com pedido de tutela antecipada, em face da União (Ministério da Justiça – Conselho Nacional de Política Sobre Drogas - CONAD), pessoa jurídica de direito público, com representação judicial na Avenida Paulista, nº 1.374, 7º andar, Bela Vista, São Paulo (SP). Relator: Procuradores Jefferson Aparecido Dias e Lisiane Cristina Braecher. DJ, 28 jun. 2016a. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/acp-conad>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Relatório Uma política sobre drogas é uma política sobre pessoas**. Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/senad-mj-disponibiliza-relatorio-uma-politica-sobre-drogas-e-uma-politica-sobre-pessoas/senad-relatorio-e-anexo.pdf>>. Acesso em 25 ago. 2016.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do Estado dos anos 90: lógicas e mecanismos de controle. **Lua Nova**: revista de cultura e política. São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1998/A_reforma_do_Estado_dos_anos_90.pdf>. Acesso em: 27 out. 2014.

BURITY, Joaílido A. Religião e lutas identitárias por cidadania e justiça: Brasil e Argentina. Ciências Sociais Unisinos, vol. 45, n. 3, p.183-195, September-December, 2009.

CAMURÇA, Marcelo. As condições de laicidade no Brasil contemporâneo: percurso histórico e atualidade. Revista horizonte, no prelo.

CARRANZA, Brenda. Renovação Carismática Católica: origens, mudanças e tendências. Aparecida: Santuário, 2000.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS. Subcomissão temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos de Álcool, Crack e outras Drogas. **Relatório**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/comissoes/cas/rel/RELATORIO_FINAL_CASDEP_141211.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. Suspensão do Marco Regulatório das Comunidades Terapêutica (Resolução 01/2015 – CONAD). Comunicado, de 19 ago. 2016. Blumenal, 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Subsídios doutrinários da CNBB-3: Igreja particular, movimentos eclesiais e novas comunidades. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção Subsídios Doutrinários da CNBB).

_____. A missão da pastoral social. Brasília: Edições CNBB, 2008.

_____. **Manual da CF-2001**. São Paulo: Escolas Profissionais Salesianas, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Os médicos, notadamente os psiquiatras, devem obedecer às Leis nºs 10.216/01, 12.842/13 e ao disposto nas Resoluções CFM nºs 2.056 e 2.057, de novembro de 2013, que estabelecem as regras para o atendimento em ambientes médicos seguros para a assistência aos doentes mentais, dentre eles os dependentes químicos. As Comunidades Terapêuticas, conforme definição da RDC Anvisa nº 29/11, não são consideradas ambiente médico, portanto não podem se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina, nem ser consideradas seguras para as internações involuntárias e compulsórias, vetando aos médicos a prescrição de sua indicação para o tratamento dos doentes mentais. Parecer normativo n.9, de 25 de fevereiro de 2015. Relator: Emmanuel Fortes S. Cavalcanti. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2015/9_2015.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão de Direitos Humanos. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. 2. ed. Brasília, 2011. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

_____. Notícias. **CFP e CFESS se mostram contrários às comunidades terapêuticas.** Conselho Federal de Psicologia. 18 mar. 2015. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/cfp-e-cfess-se-mostram-contrarios-as-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 3 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas:** contribuições do CFESS para o debate. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Resolução n.1, de 19 de agosto de 2015. Disponível em: <<https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/3c19c212-6923-46cd-b23f-9e07267ea289.PDF>>. Acesso em: 13 de abril de 2016.

CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE. **Drogas e toxicodependência:** o desafio de uma intervenção global. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

CSORDAS, Thomas J. **The sacred self:** a cultural phenomenology of charismact healing. Los Angeles; London: University of California, 1997.

_____. *Body/meaning/healing - Contemporary Anthropology of Religion.* [s.i]: Palgrave Macmillan, 2002.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão Institucionalização e Relevância Social. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina.** Volume 6, n. 1, pp. 50-65 2013. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

DAWSEY, John C. Victor Turner e a antropologia da experiência. **Cadernos de Campo,** São Paulo, n. 13, pp. 163-176, 2005.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica:** teoria, modelo e método. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.

FAZENDA da Esperança: obra de misericórdia corporal e espiritual. **Rádio Vaticano**. Cidade do Vaticano, 23 ago. 2016. Edição Online. Disponível em: <http://br.radiovaticana.va/news/2016/08/23/fazenda_da_esperan%C3%A7a_obra_de_miseric%C3%B3rdia/1249250>. Acesso em: 25 ago. 2016.

FAZENDA DA ESPERANÇA. **Home page**. Disponível em: <<http://www.fazenda.org.br/>>. Acesso em: 15 mai. 2013.

FAZENDA DA ESPERANÇA SÃO FREI GALVÃO. **Terapia**. Disponível em: <<https://fefreigalvao.wordpress.com/terapia/>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

FERNANDES, Rubem Cesar. **Privado, porém público**: o terceiro setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

FRACASSO, Laura. Características da Comunidade Terapêutica. **Revista Com Ciência** (Especial Drogas). SBPC/LABJOR, 2002. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas07.htm>>. Acesso em: 13 mai. 2014.

_____. Comunidade terapêutica: uma abordagem psicossocial. Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social. Campinas, 2008. In: STUCCHI, Sérgio; AUGUSTO, Dulce Inês L. S (edit.). **Educando e Transformando Através da Educação Física**. Campinas: FEF/UNICAMP, 2009. Disponível em: <http://fefnet172.fef.unicamp.br/bibli/Encontrointerdisciplinar/Texto%202%20Laura.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2014.

FRAGA, Paulo Cesar Pontes. A geopolítica das drogas na América Latina. **Revista Em Pauta**. Rio de Janeiro. n. 19. pp. 67-88, 2007. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/187/210>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/viewissue.php?id=18>>. Acesso: 14 out. 2014.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 4ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: CARVALHO, Raul; _____. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2005, pp. 71-121.

IGREJA CATÓLICA. (1878-1903: Leão XIII). **Carta Encíclica Rerum Novarum**: sobre a condição dos operários. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1891. Disponível em: <http://w2.vatican.va/content/leo-xiii/pt/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum.html>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. (1963-1978: Paulo VI). **Constituição dogmática Lumen Gentium**: sobre a Igreja. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1964. Disponível em: <http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19641121_lumen-gentium_po.html>. Acesso em: 29 abr. 2014.

_____. _____. **Decreto Apostolicam actuositate**: sobre o apostolado dos leigos. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1965. Disponível em: <http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_decree_19651118_apostolicam-actuositatem_po.html>. Acesso em: 29 abr. 2014.

_____. _____. **Constituição pastoral Gaudium et Spes**: sobre a Igreja no mundo atual. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1965. Disponível em: <http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_po.html>. Acesso em: 28 abr. 2014.

_____. _____. **Decreto Presbyterorum Ordinis**: sobre o ministério e a vida dos sacerdotes. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1965. Disponível em: <http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_decree_19651207_presbyterorum-ordinis_po.html>. Acesso em: 28 abr. 2014.

_____. (1978: João Paulo I). **Audiência geral**, de 20 de setembro de 1978. Disponível em: <w2.vatican.va/content/john-paul-i/pt/audiences/documents/hf_jpi_aud_20091978.html> . Acesso em: 29 mar. 2016.

_____. (1978-2005: João Paulo II). **Discurso do papa João Paulo II na solene sessão de abertura da III Conferência Geral do Episcopado Latino-Americano** (Puebla, 28 de janeiro de 1979). Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1979. Disponível em: <https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/speeches/1979/january/documents/hf_jp-ii_spe_19790128_messico-puebla-episc-latam.html>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. _____. **Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti all'VIII Convegno Mondiale dele Comunità Terapeutiche** (Salone degli Svizzeri, 7 de setembro de 1984). Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1984. Disponível em: <https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1984/september/documents/hf_jp-ii_spe_19840907_comunita-terapeutiche.html>. Acesso em: 11 mai. 2016.

_____. _____. **Constituição apostólica Pastor Bonus**: sobre a cúria romana. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1988. Disponível em: <http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/apost_constitutions/documents/hf_jp-ii_apc_19880628_pastor-bonus-index.html>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. _____. **Discorso di Giovanni Paolo II in chiusura della VI conferenza internazionale sul tema “droga e álcool contro la vita”**. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1991. Disponível em: <https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1991/november/documents/hf_jp-ii_spe_19911123_droga-alcool.html>. Acesso em: 5 mar. 2016.

_____. _____. **Catecismo da Igreja Católica**. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1992. Disponível em: <www.vatican.va/archive/ccc/index_po.htm>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. (Cardeal Joseph Ratzinger). **Instrução sobre alguns aspectos da “Teologia da Libertação”**. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1984. Disponível em: <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19840806_theology-liberation_po.html>. Acesso em: 1 set. 2016.

_____. (2005-2013: Bento XVI). **Códigos de Direito Canônico**. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 2005. Disponível em: <http://www.vatican.va/archive/cdc/index_po.htm>. Acesso em: 29 abr. 2014.

_____. _____. **Carta encíclica Caritas in Veritate**: aos bispos, aos presbíteros e diáconos, às pessoas consagradas, aos fiéis leigos e a todos os homens de boa vontade. Sobre o desenvolvimento humano integral na caridade e na verdade. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 2009. Disponível em: <http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/pt/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20090629_caritas-in-veritate.html>. Acesso em: 30 jan. 2015.

_____. (2013 - : Francisco). **Vigília de Pentecostes com os movimentos eclesiais**: palavras do santo padre Francisco. Roma: Libreria Editrice Vaticana, 2013. Disponível em: <https://w2.vatican.va/content/francesco/pt/speeches/2013/may/documents/papa-francesco_20130518_veglia-pentecoste.html>. Acesso em: 15. Mai. 2015.

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

KARAM, Maria Lúcia. **Drogas**: Legislação brasileira e violação a direitos fundamentais. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.leapbrasil.com.br/textos>>. Acesso em: 23 out. 2014.

LANDIM, Leilah (Org.). **Para além do mercado e do Estado?** Filantropia e cidadania no Brasil. Rio de Janeiro: Iser, 1993.

_____. **Ações em sociedade**: militância, caridade, assistência etc. Rio de Janeiro: Nau Editora, 1998.

_____; SIQUEIRA, Raíza. [Trajetos da Violência, da Segurança Pública e da Sociedade Civil na Cidade do Rio de Janeiro](#). Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/td_1821.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

LIMA, Luiz Gonzaga de Souza. **Evolução política dos católicos e da Igreja no Brasil: hipóteses para uma interpretação**. Petrópolis: Vozes, 1979.

LUBAC, Henri. Circundata varietate. **Comunicações do ISER**, nº 22, 1986, pp.28-31.

MADURO, Otto. **Religião e luta de classes: quadro teórico para a análise de suas inter-relações na América Latina**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1983.

MAINWARING, Scott. **Igreja Católica e Política no Brasil (1915 - 1985)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

MARTINS, Leonardo Fernandes; SARTES, Laisa Marcorela Andreoli; AMATO, Tatiana de Castro. Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil. In: RONZANI, Telmo Mota (Org.). **Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013. p. 53 - 80.

MARIZ, Cecília Loreto. Comunidades de Vida no Espírito Santo: um novo modelo de família?. In: DUARTE, Luis Fernando et al. (org.). **Família e religião**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2005a.

_____. Comunidades de vida no Espírito Santo: juventude e religião. **Tempo social: revista de sociologia da USP**. São Paulo, n. 2, v. 17, pp. 253-273, 2005b.

MILLEN, Maria Inês de Castro; MILLEN, Juliana de Castro. Drogas: interpelações à teologia moral, In: PESSINI, Léo; ZACHARIAS, Ronaldo. (Orgs.). **Ética teológica e juventudes**. Aparecida: Santuário, 2013.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA. Segurança Pública. **Crack, é possível vencer**. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

MISSE, Michel. Violência, drogas e sociedade. In: FRAGA, Paulo Cesar Pontes (Org.). **Crimes, drogas e Políticas**. Ilhéus: Editus, 2010.

MONTERO, Paula. Religiões e dilemas da sociedade brasileira. In: MICELI, Sergio (org.). **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**. São Paulo, Sumaré/Anpocs, 1999.

_____. Controvérsias religiosas e esfera pública: repensando as religiões como discurso. **Religião e Sociedade**. Rio de Janeiro, n. 32, v. 1, pp. 167-183, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-85872012000100008>. Acesso em: 28 ago. 2015.

_____. Religião, Laicidade e Secularismo: um debate contemporâneo à luz do caso brasileiro. **Cultura y Religión**. Santiago, v. II, pp. 132-150, 2013. Disponível em: <<http://www.revistaculturayreligion.cl/index.php/culturayreligion/article/view/385>>. Acesso em: 6 jun. 2015.

MOREIRA, Diva. **Psiquiatria: controle e repressão social**. Petrópolis/Belo Horizonte: Vozes e Fundação João Pinheiro, 1983.

MOTTA, Helena. **Crise e reforma do Estado brasileiro**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2000.

NIEBUHR, Pedro de Menezes. **Parcerias público-privadas: perspectiva constitucional brasileira**. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS. Monitoramento da Presidência. **Comunidades Terapêuticas**. Brasília, [s.d]. Disponível em: <https://monitoramento.presidencia.gov.br/observatorio/observatorio/web/observatorio/crack/mapa/SageComunidade>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. _____. **Unidades de Acolhimento Adulto**. Brasília, [s.d]. Disponível em: <<https://monitoramento.presidencia.gov.br/observatorio/observatorio/web/observatorio/crack/mapa/SageUaa>>. Acesso em: 12. Jul. 2016.

OSÓRIO, Luiz Carlos *et al.* **Grupoterapia hoje**. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

PAPA Francisco visita comunidade de recuperação para toxicômanos. **Rádio Vaticano**, Cidade do Vaticano, 26 fev. 2016. Edição Online. Disponível em: <http://br.radiovaticana.va/news/2016/02/26/papa_visita_comunidade_terap%C3%AAAutica_para_toxic%C3%B4manos/1211440>. Acesso em: 24 mai. 2016.

PASTORAL DA SOBRIEDADE. **Estatuto**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.sobriedade.org.br/downloads/Estatuto.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. **Demonstrativo de Resultados**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/home982.html>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

PECI, Alketa; SOBRAL, Filipe. Parcerias público-privadas: análise comparativa das experiências britânica e brasileira. **Cadernos EBAPE.BR** – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 1-14, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v5n2/v5n2a11>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

PIERUCCI, Antônio Flávio; SOUZA, Beatriz Muniz; CAMARGO, Cândido Procópio Ferreira. Igreja Católica: 1945-1970. In: **História geral da civilização brasileira** (o Brasil republicano: economia e cultura – 1930- 1964). 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. t. 3, v. 4.

PINTO, Jefferson de Almeida. **Controle social e Pobreza** (Juiz de Fora, c.1876-c.1922). Juiz de Fora: Editar, 2008.

PONTIFÍCIO CONSELHO PARA O DIÁLOGO INTERRELIGIOSO; CONSELHO MUNDIAL DAS IGREJAS; ALIANÇA EVANGÉLICA MUNDIAL. **O testemunho cristão em um mundo multi-religioso**: recomendações de conduta. Bangkok: [s.i], 2011. Disponível em:

<http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/interelg/documents/rc_pc_interelg_doc_20111110_testimonianza-cristiana_po.html>. Acesso em: 18 set. 2015.

PORTAL BRASIL. Economia e Trabalho. **Parceria Público-Privada (PPP)**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2012/04/parceria-publico-privada-ppp>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS. **Comunidades Terapêuticas em CSV**. Disponível em: <<http://dados.gov.br/dataset/comunidades-terapeuticas/resource/ce1a09d5-2f54-4f16-bb64-3d634d771c8f>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

REPRESENTANTE do Papa Francisco visita Comunidade Terapêutica Católica de Araruama. **Jornal Tamoios**, Cabo Frio, 2013. Edição online. Disponível em: <http://www.jornaltamoios.com.br/papa.html>. Acesso em: 24 mai. 2016.

ROMANO, Roberto. **Brasil: Igreja contra Estado**. São Paulo: Kairós, 1979.

SAMUELSON, Paul. The pure theory of public expenditure. *The Review of Economics and Statistics*, n. 4. Nov. 1954. vol. 36. [S.I]: MIT Press Journal, 2007, pp. 387-389. Disponível em: <http://www.ses.unam.mx/docencia/2007II/Lecturas/Mod3_Samuelson.pdf>. Acesso em: 5 out. 2016.

SANCHIS, Pierre. Perspectivas antropológicas sobre o catolicismo. In: TEIXEIRA, F.; MENEZES, R. (Org.). **Catolicismo plural**: dinâmicas contemporâneas. Petrópolis: Vozes, 2009.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Revista Esboços**. Florianópolis, v.13, n. 16, pp. 11-33, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119/166>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

SANTOS, Alexandre. Membros de novas comunidades falam o que é ser leigo consagrado. *Revista A12* [edição online]. Aparecida: Editora Santuário. 28. jan. 2015. Disponível em: <<http://www.a12.com/editora-santuario/noticias/detalhes/membros-de-novas-comunidades-falam-o-que-e-ser-leigo-consagrado>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

SENADO FEDERAL. Em discussão! Revista de audiência públicas do Senado Federal. Brasília, n.8, agosto de 2011. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/Upload/201104%20->

%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_agosto_2011_internet.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2016.

SHAFFER, Linda. Synanon's history & influence in therapeutic communities and emotional growth schools - part I. **Opinion & Essays**, n. 32, february, 1995. Disponível em: <<http://www.strugglingteens.com/archives/1995/2/oe05.html>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

SOUZA, Luiz Alberto Gómez de. As várias faces da Igreja Católica. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 18, n.52, pp. 77-95, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n52/a07v1852.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2016.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas**: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45, jul/dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

TEIXEIRA, Christiane Suplicy. **Tabebuias**: ou histórias reais daqueles que se livraram das drogas na Fazenda da Esperança. Vargem Grande Paulista: Cidade Nova, 2001.

TORRES, René de la. La diversidad católica vista desde los nuevos rostros de Dios. **Ciencias Sociales y Religión**, Porto Alegre, n. 5, ano. 5, pp. 11-36, out. 2003.

TURNER, Victor W. **O processo ritual**: estrutura e anti-estrutura. Petrópolis: Vozes, 1974.

_____. **Floresta de símbolos**: aspectos do ritual Ndembu. Niterói:EdUFF, 2005.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO. **Projeto São Francisco** – Fazenda da Esperança (Guaratinguetá, 5 a 19 de julho de 1997). [s.i]: São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://www.fazenda.org.br/arquivos/estudos-documentos/projeto-sao-francisco-fazenda.org.br.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2016.

UNODC. **World drug report 2010**. New York: United Nations Publicaton, 2010. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/World_Drug_Report_2010_small.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

VELHO, Gilberto. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da Antropologia Social. In: _____. (org.) **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. 6ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

WACQUANT, Loïc. **Punir os pobres**: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ZALUAR, Alba. Violência, crime organizado e poder: a tragédia brasileira e seus desafios. In: VELLOSO, João Paulo dos Reis (org.). **Governabilidade, sistema político e violência urbana**. Rio de Janeiro, José Olympio, 1994.