



5º Encontro Internacional de Política Social
12º Encontro Nacional de Política Social
Tema: “Restauração conservadora e novas resistências”
Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017

Mesa Coordenada: Política de drogas e avanço conservador: proibicionismo x antiproibicionismo

As comunidades terapêuticas religiosas e a política social de drogas

Rita de Cássia Cavalcante Lima¹

Resumo: O texto discute a relação entre a assistência religiosa e a política social de drogas no Brasil, que vem se fortalecendo desde os anos de 2010. O crescimento do mercado do crack e a ampliação da bancada religiosa no Parlamento vêm sendo identificados como as principais determinações. No entanto, tem-se como pressuposto que o processo de modernização na formação social brasileira e da sua secularização contribuem para as estratégias populares na produção social da saúde, cujo processo nos faz entender parte da motivação da procura da população pelas comunidades terapêuticas religiosas. Assim, a problematização do fortalecimento das comunidades terapêuticas religiosas requer o exame entre os conteúdos que se inserem na restauração conservadora, mas também nas antigas resistências da cultura popular.

Palavras-chave: modernização; secularização; cultura popular; comunidade terapêutica religiosa; drogas

Abstract: The text discusses the relationship between religious assistance and social drug policy in Brazil, which has been strengthening since the year 2010. The growth of the crack market and the expansion of the religious groups in Parliament have been identified as the main determinations. However, it is assumed that the process of modernization in the Brazilian social formation and its secularization contribute to the popular strategies in the social production of health, whose process makes us understand part of the motivation of the population's search for the religious therapeutic communities. Thus, the problematization of the strengthening of the religious therapeutic communities requires the examination between the contents that are part of the conservative restoration, but also in the old resistances of popular culture.

Keywords: Modernization; secularization; popular culture; religious therapeutic community; drugs

1. Introdução

“Aqui, as pessoas não chegaram ao fundo do poço.

Mas ao fundo da fossa. Sabe por quê? No poço, ainda há água limpa.

Quem chega, aqui, realmente perdeu tudo!”

(Dirigente de Comunidade Terapêutica na Maré, Rio de Janeiro, 2016)

Esta citação direta foi ouvida de um coordenador de uma casa terapêutica situada no Complexo da Maré – um conglomerado de 16 bairros de favelas no Rio de Janeiro e com uma população estimada em 129.770 habitantes (IBGE, 2016) – onde ele busca diferenciar os que procuram esse espaço religioso para a “recuperação da dependência química” dos que

¹ Assistente Social, professora adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, participe da Coordenação do Projeto Integrado Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais aprovado pelo CNPq. E-mail:< ritacavalcante69@gmail.com>.

procuram os grupos anônimos de Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos no mesmo território. Esse dirigente argumentou que os residentes – denominação atribuída aos internos em “recuperação” – não tinham outra retaguarda social que não a igreja no momento da internação. Mesmo os que têm família que os visitam, têm dificuldades de retornar ao convívio familiar e comunitário precedente se desejarem manter a abstinência às drogas e um projeto biográfico “reto às normas da igreja”.

O registro dessa citação tem a intenção apenas de indicar o quanto a assistência aos usuários prejudiciais de drogas possui um variado leque de atores na comunidade, que requer análise cuidadosa sobre a relação desses serviços com a política social sobre drogas. Particularmente, nesse texto, interessa-nos apreender as comunidades terapêuticas religiosas no Brasil e a sua relação com a política pública para a assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

No Brasil, as auto denominadas comunidades terapêuticas apresentam estruturas similares - o isolamento, a vida em comunidade, o tempo extenso de “reclusão”, a “terapia ocupacional” e os rituais religiosos – mas possuem traços heterogêneos, criando um quadro difuso de compreensão do que sejam esses serviços.

Observam-se clínicas, centros de tratamento, comunidades religiosas e laicas, casas terapêuticas, comunidades terapêuticas acolhedoras – filantrópicas e privadas – e outras nomeações convergindo para uma identidade institucional de comunidade terapêutica. De uma modalidade assistencial, elas se apresentam como organizações institucionais na área da atenção ao usuário de álcool e outras drogas. O que elas seriam? (LIMA, 2016, p. 147).

Como o presente texto discute a relação entre a assistência religiosa e a política social de drogas no Brasil, cuja relação vem se fortalecendo desde os anos de 2010, com o crescimento do mercado do crack e com a ampliação da bancada religiosa no Parlamento, parece-nos haver determinações históricas e culturais a ser exploradas nesse fenômeno. Esta aposta se deve à relação histórica mantida entre serviços providos por atores religiosos e as políticas públicas promovidas pelo Estado brasileiro, mesmo após a promulgação da República, em 1889. A modernização da formação social brasileira (IANNI, 1996) e o da secularização inacabada (PARKER, 1995) são forças fundamentais para se apreender as estratégias populares na produção social da saúde (VALLA, 2001).

Na atualidade, embora as práticas das comunidades terapêuticas religiosas possam ser identificadas como expressão de uma onda reacionária, ela nos parece também indicar a permanência de antigas formas de produção de saúde inscrita na cultura popular, cujos trabalhadores ao viver sofrimentos difusos nas relações sociais em curso encontram políticas

sociais públicas subfinanciadas e pouco qualificadas para garantir o acesso e a resolutividade na assistência. De forma concomitante, a fé popular numa “providência divina”, os rituais de cura promovidos por diversas religiões e uma secularização inacabada no Brasil também devem ser considerados na análise do fortalecimento das comunidades terapêuticas religiosas na área da política social de drogas em tempos de radicalização da agenda neoliberal.

Assim, o leitor encontrará diferenciação com as experiências uruguaias e as portuguesas naquela política social.

2. As comunidades terapêuticas no plano internacional

Do ponto de vista metodológico, a política social quando investigada se beneficia de um quadro reflexivo no plano internacional. Embora se devam apreender as tendências estruturais e internacionais do novo padrão da proteção social constituído com a ofensiva neoliberal inaugurada a partir da crise do capital em 1970, estudar a política social ou qualquer uma das políticas sociais requisitam a combinação da avaliação entre a análise local e global do fenômeno pesquisado. Dessa forma, para melhor compreender as comunidades terapêuticas religiosas brasileiras e sua possível relação com a política social sobre drogas, interessa-nos gotejar as distintas experiências de comunidades terapêuticas de Portugal e do Uruguai.

A escolha desses países se deve a dois componentes distintos do Brasil, a saber: o primeiro, que realizaram distintas reformas nas políticas de drogas para afastar o usuário de drogas da Justiça Criminal; segundo, que realizaram estas reformas sem o apoio de reformas psiquiátricas antimanicomiais. A luta para modernizar o hospital psiquiátrico e mantê-lo na centralidade assistencial de pessoas com transtorno mental vem sendo vitoriosa nesses países. Os usuários prejudiciais de álcool e de outras drogas contam com uma rede pública de assistência na saúde pública, de forma autônoma, à psiquiatria, além de comunidades terapêuticas conveniadas com o Estado, filantrópicas ou particulares.

Um estudo publicado no European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, intitulado *Comunidades terapêuticas para o tratamento de adições na Europa: Evidência, práticas atuais e desafios futuros*, afirma que esses serviços estão, de fato, associados a uma série de tradições de tratamento e abordagens que promovam mudanças social e psicológico que facilitem o usuário de drogas a entrar em abstinência. Seus espaços de tratamento devem ser livres de drogas e possibilitar que pessoas com dependência de drogas vivam juntas de

forma organizada e estruturada, cujas relações entre os pares promoveriam a mudança individual. *A característica distintiva fundamental da TC² é o uso da própria comunidade como um agente de mudança fundamental ("comunidade como um método")*. (VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014, p. 9, tradução nossa)

Em Portugal, durante o período de estágio Pós-Doutoral em Lisboa, entre fevereiro a julho de 2015, foi observado que a saúde pública já trabalhava com as parcerias público-privada e incluía comunidades terapêuticas laicas e religiosas em sua rede assistencial para os usuários de álcool e outras drogas. A reforma da política de drogas portuguesa adveio da conjuntura de redemocratização aberta com a Revolução dos Cravos de 1974. Uma das conquistas sociais foi a implantação do Serviço Nacional de Saúde, instância inicialmente pública e gratuita. Em 1990, em meio ao Governo do Partido Socialista e à preocupação com o financiamento da saúde pública, o Serviço Nacional de Saúde sofreu uma importante contra-reforma, declinando a gratuidade dos serviços e implantando as nomeadas taxas moderadoras³, que requisita o cofinanciamento direto dos usuários através de pagamento de valores por procedimentos. Os serviços públicos de saúde das políticas de drogas portuguesas ficaram sob a gratuidade, pois consideraram esses usuários mais “vulneráveis”.

Parte dos entrevistados na pesquisa pós-doutoral tinha ciência das críticas existentes sobre as comunidades terapêuticas no Brasil. Tinham lido o “*Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*” (CFP, 2011). No entanto, referiam que a realidade de violação de direitos observados no Brasil não era mais encontrada em Portugal. “Aqui, elas precisam ter equipe multiprofissional e respeitar normas concertadas em nossos diplomas. Tivemos no passado, mas optamos em regulamentá-las” (Entrevistado). Foi possível observar que os serviços de diversos níveis de contratualidade com os usuários prejudiciais de drogas – desintoxicação, consulta médica, serviços de convivência de mulheres, de atenção diária, de programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência nos territórios requisitam vagas em comunidades terapêuticas conveniadas com o Estado ou em uma das três estatais do País – situadas em Lisboa, Coimbra e em Porto.

Na área estatal, foi visitada a comunidade terapêutica em Lisboa, que funciona em bairro nobre da cidade e com funcionários públicos concursados do Ministério da Saúde. Os

² TC, em inglês, é abreviação de Therapeutic Communities. Na língua portuguesa, como esperado, autores, como Fracasso (2008), usam CT.

³ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Assembleia da República. Lei n° 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde.

profissionais entrevistados referiram terem sido treinados segundo o modelo holandês no manejo clínico dos residentes, que ocupam responsabilidades na casa e num modelo de tratamento com duração de nove meses de hospedagem, de tratamento e de atividades diversas no território. Dois eventos merecem registros, advindos da observação durante a pesquisa: primeiro, ao tocar a campainha, fui recepcionada por um residente coordenador da casa que sabia da minha visita e que atuava na intermediação entre interesses da equipe multiprofissional, dos demais residentes e da comunidade; segundo, dos vinte e um residentes, somente cinco estavam no momento das entrevistas, pois os demais estavam nas unidades de formação educacional, cultural, de tratamento local, além da família. Esse tipo de manejo assistencial não foi observado em todas as comunidades terapêuticas visitadas em Portugal, havendo as laicas no Estado e outras laicas e religiosas nos setores privados e filantrópicos, sendo parte conveniada com o poder público. Chamou atenção que o gozo de uma vaga numa comunidade terapêutica conveniada requisita o co-financiamento do usuário, sendo o único serviço que o Estado português não manteve a gratuidade. Neste caso, quando o usuário tem a indicação de um médico do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2014), nome dado à rede pública de saúde voltada para os usuários prejudiciais de drogas, ele deve ter recursos financeiros para realizar o pagamento. Caso não o tenha, em Lisboa, o usuário se dirige à assistência social através da Santa Casa de Misericórdia, que avalia o pedido. Se for deferido, com verba pública, a comunidade terapêutica recebe a transferência de recursos para o pagamento da vaga ocupada pelo usuário. Assim, se pode apreender uma das tendências estruturais do atual padrão de proteção social global: a terceirização e a privatização do fundo público para entes não estatais. Esses entes públicos, não estatais e de direito privado são nomeados de instituições particulares de solidariedade social (IPSS), um correlato das organizações sociais no Brasil.

Já as comunidades terapêuticas uruguaias referem ter sofrido a influência direta do próprio Maxwell Jones (1907-1970), em visitas realizadas ao País, que implementou uma reforma psiquiátrica após a 2ª Guerra Mundial.

As reformas psiquiátricas inglesas implementadas após este grande conflito internacional são reconhecidas como o solo do nascimento da *ideologia da comunidade terapêutica* (SCHITTAR, 1985). Não se tratava de organizações institucionais, mas de um *último grito* da psiquiatria tradicional para humanizar o hospital psiquiátrico. Como a Inglaterra foi o solo da larga produção de reformas psiquiátricas, a comunidade terapêutica é considerada uma *invenção tipicamente anglo-saxã* (1985, p. 135-6), tendo no psiquiatra Sul Africano Maxwell Jones (1907-1970), radicado no Reino Unido, seu principal expoente. (LIMA, 2016, p. 151)

A Federação Uruguaia das Comunidades Terapêuticas (FUCOT) também reivindica apoio governamental para o financiamento desses serviços e, em contrapartida, oferece alguns consensos entre a comum heterogeneidade do trabalho encontrado. Enquanto tentativa de definir esses serviços, a FUCOT indica:

[...] lo que constituye la experiencia terapéutico-comunitaria; experiencia de un grupo humano en procura por entender y transformar lo psicótico a través de un conjunto de actividades compartidas por los actores comunitarios durante um cierto tiempo y en un espacio físico en común. (FUCOT, 2001, p. 21)

A FUCOT alertou que essa influência inglesa sobre as comunidades terapêuticas uruguaias veio responder a uma demanda profissional de melhor definição do trabalho inicialmente dispensado aos psicóticos e depois aos usuários nocivos de drogas. Também foi referido pela FUCOT a influência estadunidense através do modelo DAYTOP, expressão da influência inglesa para estes usuários.

A proposta original de Comunidade Terapêutica foi criada no campo psiquiátrico com a denominação de Comunidade Terapêutica Democrática para Distúrbios Mentais e foi desenvolvida na Inglaterra nos anos 1940. Maxwell Jones e seus colaboradores esboçaram as características desse tipo de CT a partir de uma natureza terapêutica do ambiente total, sendo essa proposta a precursora do conceito fundamental de comunidade como método. Outro modelo foi criado por Charles (Chuck) Dederich na Califórnia – o Synanon, sendo esse modelo que firmou-se e que deu origem a outras CTs. Mas, é a CT Daytop Village o exemplo mais significativo dessa abordagem. Foi fundada em 1963 pelo Monsenhor William O'Brien e por David Deitch e se multiplicou em vários países (LEAL, 2017, p. 225).

Portanto, a análise das comunidades terapêuticas no plano internacional expressam movimentos globais e locais. A relação entre elas e o Estado, as influências sofridas, as suas características dependem de determinações internas e externas, como a formação social de cada nação, os processos de secularização, os fluxos de conhecimento no plano internacional e as decisões políticas tomadas no percurso das políticas de drogas.

3. As comunidades terapêuticas brasileiras: por que tão religiosas?

A história da implantação das comunidades terapêuticas religiosas no Brasil indica que elas iniciaram as suas atividades no final da década de 1960, em pleno período da Ditadura Militar, quando se estreitou a relação interinstitucional entre o governo brasileiro e o estadunidense.

A primeira experiência se deu na cidade de Goiânia, em 1968, onde o Desafio Jovem foi fundado, portanto dez anos depois de sua criação nos Estados Unidos. Ela forma a Global Teen Challenge, com inúmeras unidades filiadas.

Ela se difundiu no Brasil através de uma associação e, atualmente, podem ser encontradas em todas as regiões do País e contam com financiamento público local e federal. Por exemplo, ao fim do programa da União “Crack é Possível Vencer”, em 2014, pode-se observar a execução financeira naquele ano da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) alocando 6,85% dos R\$ 92.562.000,00 designados para as comunidades terapêuticas nomeadas de Desafio Jovem. Elas se encontravam com 456 vagas financiadas pela SENAD, sendo 230 nos Estados do Sul; 151 no Sudeste (excetuando Espírito Santo); 60 no Centro-Oeste, entre Goiás, Mato Grosso e Distrito Federal; 60 no Nordeste, exclusivamente, na Bahia e 15 no Norte, somente no Amazonas. Chamou a atenção que essas entidades, no exercício de 2013, possuíam um quantitativo significativamente menor de vagas contratadas com a SENAD, a saber: 195. Tratou-se de um crescimento no financiamento de vagas de 133% do ano de 2013 para o de 2014, particularmente concentradas no Sul do país. Porém, esse aumento na contratação de vagas seguiu a tendência de maior alocação dos recursos do Tesouro Nacional para esses serviços via SENAD, a saber: em 2013, foi orçado o repasse de R\$ 55.188.000,00 para 4.429 vagas, enquanto que, em 2014, o número de vagas chegou a 7.379⁴.

Outra comunidade religiosa muito conhecida no país, de base católica, a Comunidade Terapêutica Senhor Jesus, foi fundada em 1978, na cidade de Campinas. Foi oriunda de um movimento religioso coordenado pelo Padre Haroldo Rham, missionário estadunidense, que considerou ser o uso de drogas uma expressão do afastamento da graça de Deus e não um objeto da saúde pública. Nesse sentido, a competência para o tratamento daqueles que usavam drogas seria requisitada à religião e, secundariamente, se fosse necessário, à saúde pública. Como se pode observar, trata-se de, no mínimo, uma relação de complementaridade entre religião e saúde, mas também de tensão e disputa.

Aquela relação não é recente. Indica uma importante expressão cultural própria da modernidade brasileira, que não viveu uma completa secularização como as sociedades que tiveram genuínas revoluções burguesas em sua formação social. Ao contrário, a América Latina (PARKER, 1995) e o Brasil (IANNI, 1996) passaram por esse processo de forma subordinada aos interesses imperialistas das nações industrializadas, tendo em sua formação social forte influência das organizações e das ideias religiosas, conformando um tecido cultural e religioso que mescla traços pré-modernos e modernos.

A cultura popular e seus traços religiosos é, pois, uma contracultura da modernidade. Não é propriamente pós-moderna (o pós-modernismo é, por outro lado, um termo

⁴ A fonte desses dados adveio de planilhas entregues nas reuniões do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) por representantes da SENAD, no final do exercício de 2013 e de 2014.

pouco claro, e o seu debate ainda é confuso), porém, tampouco uma contracultura pré-moderna. Em certo sentido, este núcleo significativo da cultura e da religião popular é moderno e não o é. Coexiste com e aproveita o moderno, porém resiste ao mesmo e o critica. A cultura e a religião popular é, para dizer com um neologismo, hemiderna (hemi-moderna) . (PARKER, 1995, p. 170)

4. Tensões entre comunidades terapêuticas brasileiras e a rede de atenção psicossocial e os direitos humanos

Finalmente, vale à pena retornar as questões sobre por que as comunidades terapêuticas brasileiras não conseguiram se afirmar no plano federal no início dos anos 2000, mas retornaram organizadas e fortalecidas politicamente nos últimos anos dessa década, quando no Brasil se vivia uma suposta epidemia do crack.

Na política sobre drogas, os anos 2000, foi um período de disputa entre projetos distintos na liderança dessa área. Em 2001, de forma simultânea, houve o II Fórum Nacional Antidrogas, quando o Presidente Fernando Henrique Cardoso lançou a Política Nacional Antidrogas, sob o apoio das comunidades terapêuticas e de grupos do âmbito da política criminal. Mas, também, foi o cenário da III Conferência Nacional de Saúde Mental, onde o tema das drogas foi reposicionado como objeto desta área, mas alinhado à cultura antimanicomial consolidada pela Reforma Psiquiátrica. Apesar de ter sido uma década com a recorrente solicitação das comunidades terapêuticas por participar do financiamento público, via expectativa gerada com a RDC Nº 101/01 da ANVISA, esse pleito somente logrou êxito na esfera federal a partir de 2010, quando o crack ascendeu a agenda política brasileira, justificando um *enfrentamento* ao problema pouco conhecido naquele período.

Contudo, nessa mesma década a saúde mental definiu a estratégia da redução de danos como ética do cuidado na atenção às pessoas que façam uso indevido de drogas. Essa definição fazia parte de uma estratégia mais ampla de retirar o problema drogas da esfera da política criminal e deslocá-lo para a saúde pública. Essa estratégia contou com o fortalecimento da saúde mental no País, mas se mostrou incoerente com o aumento do encarceramento por tráfico de drogas após a revisão da legislação especial de drogas, em 2006.

O clamor amplificado pela mídia e por políticos sobre os danos do uso do crack encontrou uma saúde mental, a partir dos anos de 2010, num período inicial de construção dos serviços para álcool e outras drogas. Ao contrário, da legitimação conquistada no processo de desinstitucionalização brasileira, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) foram questionados na potência para oferecer cuidado a esse público. Sem questionar o recorrente

subfinanciamento do SUS, uma movimentação política na esfera federal demonstrou que as comunidades terapêuticas estavam organizadas e já se beneficiando de financiamentos municipais e estaduais (SENAD, 2007). Mais do que isso, elas possuíam representantes no Parlamento que passaram a pressionar o Executivo Federal para integrá-las na assistência aos usuários de drogas.

Instituições como a Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a *Cruz Azul do Brasil* e os próprios Conselhos (nacional, estaduais e municipais antidrogas), no qual participam representantes de diferentes CTs, são provas desse movimento interno, que tem acontecido no âmbito das comunidades terapêuticas, de reordenamento e reestruturação física, administrativa e técnica (COSTA, sd: 6, grifos da autora).

Contudo, é importante observar que esse movimento não se dá apenas no plano nacional. A União Européia, por exemplo, inclui dados da assistência prestada por esses serviços em diversos países desse continente, demonstrando uma aproximação à rede pública e, de forma simultânea, sua diferença (EMDCCA, 2012). Em Portugal, segundo dados do site da Cruz Azul, houve o aceite de um pedido para cessão de terreno pela Câmara Municipal do Seixal, em 2005, sendo expedido um contrato de comodato. Desta forma, a relação das comunidades terapêuticas com o Estado parece vir se aprofundando no cenário nacional e internacional.

Esse fortalecimento, contudo, vem sendo acompanhado no Brasil por resistências e lutas sociais que avaliam e demonstram as práticas de violação de direitos produzidas por comunidades terapêuticas. Embora não se possa generalizar as afirmações do Relatório elaborado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia para todos essas organizações institucionais, chama atenção que as 68 visitadas em 25 unidades federativas do País demonstraram violar direitos humanos.

A pergunta que nos orientou – sobre a ocorrência de violação de direitos humanos – infelizmente se confirmou como uma regra. Há claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, esta prática social tem como pilar a banalização dos direitos dos internos. Exemplificando a afirmativa, registramos: interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares. Percebe-se que a adoção dessas estratégias, no conjunto ou em parte, compõe o leque das opções terapêuticas adotadas por tais práticas sociais. O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada (CFP, 2011, p. 190).

Esse Relatório foi publicizado antes do lançamento da Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011, que redesenhou a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo as pessoas em sofrimento com uso nocivo de álcool e outras drogas. As comunidades terapêuticas foram incluídas como serviço da Atenção Residencial de Caráter Transitório, portanto, inseridas no SUS, demonstrando sua força política a despeito da tensão interna gerada no âmbito da saúde pública e, particularmente, da saúde mental. Por que essa tensão? Para alguns atores da saúde mental, como os novos gestores da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas seria possível alinhá-las às diretrizes da RAPS; mas para a grande maioria seria o consentimento de rupturas com compromissos firmados pelo processo de desinstitucionalização: a internação como último recurso terapêutico, o cuidado no território, a defesa intransigente da liberdade e a orientação ética da redução de danos.

5. Considerações finais

Este artigo, então, intencionou contribuir para problematizar se comunidades terapêuticas podem compor uma rede de atenção para usuários nocivos de álcool e outras drogas, como prevê a Rede de Atenção Psicossocial brasileira. Ocorre que, de fato, elas já vinham cumprindo competências da saúde – tratamento – e da assistência social – acolhimento institucional – a nível local (SENAD, 2007), mas sua participação anunciada nesta Rede não parece estar sendo orgânica. A busca por financiamento público é pouco porosa a mudanças estruturais em seu *modus operandis*.

O que o Brasil está construindo na área da assistência aos usuários de drogas merece atenção de pesquisas, da militância, da gestão, dos trabalhadores e das associações de usuários.

Como estamos falando de organizações institucionais, o saber e o poder em disputa na área também está presente nesse movimento de reconhecimento e financiamento das comunidades terapêuticas. Está em curso, então, uma clara reivindicação de monopólio por um objeto, a pessoa que demanda cuidados relacionados ao seu consumo prejudicial de drogas. O risco atual da área de drogas retomar um amplo processo de institucionalização está na hora do dia. Contudo, o desfecho desse cenário desfavorável à luta antimanicomial reabrirá novos movimentos por constituição de uma contra hegemonia.

A observação concomitante do tecido religioso para a busca de rituais religiosos de cura e de pertencimento social em países com secularização inacabada também deve ser observado

na avaliação dessa política social para compreender a larga presença desses dispositivos no Brasil e em outros países.

6. Referências

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

COSTA, Selma Frossard. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas no atendimento à dependência química. Palestra proferida. In: FÓRUM SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE MARINGÁ, 1.; 2006. **Anais...** Maringá, 28 de junho de 2006. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLI%20CAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20O%20DO%20AUTOR.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2014.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). **Relatório anual 2012: A evolução do fenômeno da droga na Europa**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Européia, 2012.

FEDERACIÓN URUGUAYA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (FUCOT). **Drogas, ética y transgresión**. Montevideo: Psicolibros, 201.

IANNI, Octávio. **A idéia de Brasil moderno**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

LEAL, Fabiola Xavier. **O movimento antiproibicionista: discursos de resistência**. Vitória, 2017. Tese (Doutorado em Política Social)-Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? In: VIEIRA, Luciana Leila Fontes; RIOS, Luís Felipe; QUEIROZ, Tacinara Nogueira. **Drogas, contextos e dispositivos de enfrentamento: apresentação**. Recife: UFPE, 2016. p. 142-171.

PARKER, Cristián. **Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil: 2006/2007**. Distrito Federal: SENAD, UNB, 2007.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). **Minuta de Resolução CONAD Nº 2014**. DF: SENAD, Nov. 2014.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). **Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências**. Lisboa: SICAD, Governo de Portugal, Ministério da Saúde, 2014

VANDERPLASSCHEN, Wouter; VANDEVELDE, Stijn and BROEKAERT, Eric. **Therapeutic communities for treating addictions in Europe**. Evidence, current practices and future challenges. European Union: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2014.

VICTOR, Vincent Valla. O que a saúde tem a ver com a religião? In: VICTOR, Vincent Valla (Org.). **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 113-139.