



A cura em uma religiosa comunidade terapêutica: memória coletiva, ritos e mudança de papéis sociais

Ronaldo Martins Gomes¹

Resumo Este artigo objetiva descrever a cura ou recuperação no tratamento de uma comunidade terapêutica cristã evangélica. Esse trabalho de investigação foi desenvolvido durante o estágio pós-doutoral, inicialmente como um estudo etnográfico, mas que foi inviabilizado pela pandemia de Covid-19 (2020-2022). Adotamos, então, a perspectiva teórico-metodológica da memória coletiva para (re)visitar uma experiência pessoal de internação em uma comunidade terapêutica cristã evangélica por conta do consumo abusivo de substâncias psicoativas, a qual se deu entre agosto de 1987 e junho de 1988. Como resultado, sugerimos que a cura ou recuperação pode ser uma mera inversão de papéis sociais.

Palavras-chave: Memória coletiva; Substâncias psicoativas; Comunidade Terapêutica; Sociologia do desvio; Papéis sociais.

Healing in a religious therapeutic community: collective memory, rites and changing social roles

Abstract *Our goal in this article is to understand healing or recovery, in the treatment of an evangelical Christian therapeutic community. The research work was developed during the post-doctoral internship, initially as an ethnographic study*

1 Secretaria de Educação do Estado de São Paulo – Brasil – rm.gomes@unesp.br – <https://orcid.org/0000-0002-3832-8525> – <http://lattes.cnpq.br/0047194253283912>.

made impossible by the Covid-19 Pandemic (2020-2022). We then adopted the theoretical-methodological perspective of collective memory to (re)visit a personal experience of hospitalization in an evangelical Christian therapeutic community, due to abusive consumption of psychoactive substances, which occurred between August 1987 and June 1988. How as a result, we suggest that healing or recovery may be a mere reversal of social roles.

Keywords: *Collective memory; Psychoactive substances; Therapeutic Community; Sociology of deviance; Social roles.*

Curación en una comunidad terapéutica religiosa: memoria colectiva, ritos y roles sociales cambiantes

Resumen Nuestro objetivo en este artículo es comprender la curación o recuperación, en el tratamiento de una comunidad terapéutica cristiana evangélica. El trabajo de investigación se desarrolló durante la pasantía posdoctoral, inicialmente como un estudio etnográfico imposibilitado por la Pandemia Covid-19 (2020-2022). Luego adoptamos la perspectiva teórico-metodológica de la memoria colectiva para (re)visitar una experiencia personal de hospitalización en una comunidad terapéutica cristiana evangélica, por consumo abusivo de sustancias psicoactivas, ocurrida entre agosto de 1987 y junio de 1988. Como resultado, sugerimos que la curación o la recuperación pueden ser una mera inversión de roles sociales.

Palabras-clave: Memoria colectiva; Sustancias psicoactivas; Comunidad Terapéutica; Sociología de la desviación; Roles sociales.

Introdução

Este artigo é parte do Plano de Trabalho e Pesquisa em nível de Estágio Pós-Doutoral, o qual foi realizado no Programa de Pós-Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de São Carlos – PPGS/UFSCar². O objeto da investigação foi o tratamento alternativo em regime de internação em uma comunidade terapêutica religiosa. Seu objetivo foi compreender, descrever e analisar o tratamento de uma comunidade terapêutica de orientação cristã. O problema da pesquisa é a controvérsia sobre eficácia ou ineficácia desses tratamentos.

2 O estágio pós-doutoral foi realizado durante os anos de 2019 e 2020, sob supervisão da Profa. Dra. Samira Feldman Marzochi.

Assim, a hipótese de trabalho é que a recuperação ou cura é uma mudança de papel social, ou a substituição da condição de consumidor abusivo de álcool e/ou drogas pela de ex-consumidor convertido ao modelo religioso, adotado pela instituição em que se processa o tratamento. Como resultados, desvelamos algumas dinâmicas acerca desses poucos conhecidos e altamente controversos tratamentos alternativos, os quais se dão em regime de internação temporária em comunidade terapêutica.

Inicialmente, a pesquisa foi planejada um trabalho etnográfico realizado em cinco comunidades terapêuticas de orientação pentecostal. Porém, com o advento da pandemia de Covid-19, as comunidades terapêuticas no país suspenderam suas atividades, inviabilizando a proposta de investigação pensada inicialmente. Resgatamos, então, uma experiência pessoal de internação por consumo abusivo de drogas numa comunidade terapêutica na cidade de Viamão, Rio Grande do Sul, vivida entre agosto de 1987 e junho de 1988. O resgate das memórias se deu sob perspectiva de memória como fenômeno social (Halbwachs, 2004; 1990), analisada na perspectiva dos papéis sociais de Goffman (2001).

Em relação à estrutura do texto, após esta Introdução, a primeira seção é intitulada “A comunidade terapêutica brasileira”, em que são apresentadas algumas de suas origens recentes (JONES, 1972; De Leon, 2003), além de algumas das principais características da comunidade terapêutica brasileira (IPEA, 2017) e também alguns dos problemas recorrentes que essas entidades enfrentam e/ou causam no Brasil (CFP, 2011; 2018).

Na segunda seção, cujo título é “A memória coletiva: aportes teóricos, metodológicos e procedimentais”, desenvolvemos nosso percurso metodológico para fins de acessar e trabalhar com as lembranças do vivido, focando o aspecto social da memória (Halbwachs, 2004; 1990). E, na terceira seção, intitulada “Magrão: tratamento e cura?”, será tratada a experiência vivida durante o período de tratamento, além de alguns aspectos da vida pessoal de Magrão relacionados à sua internação, que são, contudo, situações relativas à vida social experimentadas por indivíduos que compartilham a vivência de consumo abusivo de álcool e outras drogas. Por fim, serão apresentadas algumas considerações finais não exaustivas, que visam servir de subsídios para novas investigações.

A comunidade terapêutica brasileira

Em termos de origens recentes, entre as primeiras experiências de comunidade terapêutica conhecida, está o tratamento alternativo surgido na psiquiatria do Reino Unido no pós-guerra (1939-1945), com os trabalhos do psiquiatra

sul-africano Maxwell Jones e sua equipe no Hospital Belmont. Ele buscava incentivar o protagonismo nos tratamentos psiquiátricos, por meio de um programa – uma comunidade terapêutica –, fundamentando-se no conhecimento científico, nas áreas de medicina, psiquiatria e psicologia (Jones, 1972).

Outras experiências seminais foram a comunidade terapêutica *Synanon*, fundada por Charles Edwin Dederich (1913-1997) em fins da década de 1950 na Califórnia/EUA, e a comunidade terapêutica *Daytop Village*, inaugurada no início da década de 1960 em Nova Iorque/EUA por William B. O'Brien (1924-2014). Essas são as principais referências sobre o modelo e método comunidade terapêutica, conforme De Leon (2003), o qual é hoje uma das principais referências mundiais no estudo sobre as comunidades terapêuticas.

Por fim, destacamos o *Team Challenge* de Nova Iorque/EUA, criado e dirigido pelo pastor David Wilkerson (1931-2011). O *Team Challenge* está entre as primeiras experiências recentes de comunidades terapêuticas que adotam (impõem!) a religião como “elemento terapêutico determinante” para a recuperação, ou a cura, de consumidores, abusivos ou não, de álcool e outras drogas. Trata-se efetivamente do estabelecimento da conversão religiosa como critério de resultado no tratamento.

É importante apontar que David Wilkerson fez trabalho religioso entre jovens latinos residentes em regiões caracterizadas por pobreza e desemprego na cidade de Nova Iorque/EUA. Essa juventude era submetida à exclusão e à baixa possibilidade de ascensão social, conforme evidenciado em estudos ligados à tradição da sociologia do desvio, produzindo uma sedimentada prática de utilização de heroína, pela via injetável. No Brasil, a heroína nunca chegou às classes populares.

Influenciada pelos três modelos mencionados, surgiu no Brasil, no final da década de 1960, o modelo e método de tratamento alternativo, chamado “comunidade terapêutica”. A comunidade terapêutica brasileira também não é vinculada à medicina, à psiquiatria ou à psicologia, tendo semelhança com as mencionadas *Synanon* e *Daytop Village*. A similaridade, entretanto, se encerra nesse ponto, pois, diferentemente das duas, a versão brasileira é profunda e indissociavelmente vinculada à religião cristã, muito especialmente a versão protestante pentecostal do cristianismo.

Fracasso (s/d)³ identifica o decênio 1968/1978 como o período em que foram formadas as primeiras comunidades terapêuticas oficialmente registradas no

3 Ver: <https://revistadependenciaquimica.com.br/comunidades-terapeuticas-conheca-a-sua-historia-no-mundo-e-no-brasil/>. Acesso em: jul. de 2022.

Brasil: uma de orientação católica, uma espírita e quatro delas de orientação protestante pentecostal. Isso evidencia a especificidade da comunidade terapêutica brasileira: ela é religiosa, profundamente religiosa.

Quanto às características mais gerais da comunidade terapêutica brasileira, trata-se de um programa de tratamento realizado em estabelecimentos fechados sob regime de internato, nos quais grupos de segregados convivem em tempo integral e regime residencial, em ambiente laboral e com atividades de lazer, terapêuticas, educativas e correccionais, geridas por uma equipe terapêutica que coordena todas as atividades dos segregados em tratamento (IPEA, 2017; CFP, 2011; 2018). O tratamento em regime de comunidade terapêutica se ancora em três pilares: *trabalho, disciplina e espiritualidade*. Busca-se combinar os saberes técnico-científicos de médicos, psicológicos e saberes socioassistenciais com práticas espirituais. O trabalho é chamado controversamente de *laborterapia*, consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade como de atividades produtivas e de geração de renda (IPEA, 2017; CFP, 2011; 2018).

Segundo Goffman, há cinco tipos de agrupamentos que podem ser considerados como instituições totais: espaços em que são cuidadas pessoas incapazes e inofensivas; locais onde são cuidadas as pessoas que não podem cuidar de si mesmas, muito embora não ofereçam nenhum risco intencional à comunidade em que vivem: ambientes destinados à proteção da comunidade contra riscos intencionais: espaços destinados ao cumprimento adequado de tarefas que têm suas próprias especificidades; e estabelecimentos destinados às pessoas que desejam se exilar voluntariamente do mundo (Goffman, 2001).

Uma instituição total concentra três áreas da vida social – descanso, lazer e trabalho – em um ambiente ou espaço único (Goffman, 2001). Em nosso entendimento, insistimos que a comunidade terapêutica brasileira é uma instituição total. Aclaramos que o trabalho de Erving Goffman (1922-1982) se desenvolveu no Hospital St. Elizabeths, em Washington, D.C, Estados Unidos da América, entre os anos de 1955 e 1956. Erving Goffman em nenhum momento discutiu o modelo e método de tratamento alternativo que abordamos neste trabalho.

Expomos a seguir como se deu a construção deste entendimento. A comunidade terapêutica no Brasil é local de residência [*a propriedade rural, sítio ou chácara onde a comunidade terapêutica é atuante*] e de trabalho [*de uma equipe terapêutica com formação técnica ou não, já que o mais comum é a formação pela prática unicamente de ex-residentes ou ex-internos*], onde um grande número de indivíduos com situação semelhante [*consumidores abusivos de álcool e/ou drogas*] convivem separados de suas relações sociais prévias [*família nuclear, extensa, relações sociais em geral*] e da sociedade mais ampla por um período de

até 12 meses, levando uma vida em regime fechado e formalmente administrada pela equipe terapêutica.

No que respeita aos aspectos jurídico/legais, essas instituições estão em atividade no Brasil desde fins dos anos sessenta (1968), mas só tiveram uma legislação própria após mais de três décadas de funcionamento, em 2001, com a promulgação da RDC 29/2001, e, posteriormente, dez anos depois, com sua sucessora: a leniente a RDC 101/2011, em vigência atualmente. Discutimos esse problema jurídico/legal em outros dois trabalhos, enfatizando que entendemos a mudança na regulamentação como uma perigosa falta de compromisso do Estado brasileiro. Apontamos também para o uso político dessas entidades, visando à obtenção de verbas públicas, o que se percebe com a promulgação da Portaria 3.088/2011 (Brasil, 2011).

No que se refere a outros problemas de ordem jurídico/legal concernentes à comunidade terapêutica brasileira, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) promoveu três investigações sistemáticas sobre os trabalhos prestados por essas entidades às populações pobres no Brasil, nos anos de 2011 e 2018. Constataram-se: (i) Muros, trancas e restrições no acesso a meios de comunicação; (ii) Privação da liberdade; (iii) Castigos, punições e indícios de tortura; (iv) Violação de liberdade religiosa; (v) Violação de diversidade sexual; (vi) Laborterapia: trabalhos forçados sem remuneração; (vii) Fragilidades nas equipes de trabalho; (viii) Internação de adolescentes; e (ix) Financiamento público (CFP, 2011; 2018).

Destaca-se ainda uma significativa ausência de informações sobre o funcionamento interno dessas instituições. Da mesma forma, são ínfimas as informações existentes sobre as dinâmicas dos tratamentos nesse tipo instituição (Souza e Gomes, 2015; 2017). De suas práticas sociais, o que se conhece publicamente está exemplificado nos trabalhos mencionados nesta seção (IPEA, 2017; CFP, 2011; 2018).

Essa situação de ausência de informações pode ser enfrentada pela academia brasileira, segundo entendemos, mediante a adoção – contextualizada à realidade local – da perspectiva inaugurada por Becker (2019) sobre a produção de trabalhos etnográficos. Ela permite compreender, descrever e analisar a complexidade de grupos sociais que adotam para si normatização distinta daquela que é aceita pela coletividade social (Becker, 2019). Isso se dá especialmente se considerarmos as implicações sociopolíticas da controversa Portaria 3.088/2011 (Brasil, 2011), já mencionada neste texto, a qual impôs esse modelo de tratamento alternativo como parte do arcabouço de alternativas de solução para a questão do consumo abusivo de álcool e outras drogas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para finalizar, esclarecemos que a expressão “protestante pentecostal”, que será utilizada ao longo deste texto, refere-se à forma como as lideranças da comunidade terapêutica que descrevemos e analisamos se identificava para os indivíduos que iriam se submeter ao tratamento oferecido. A comunidade terapêutica dizia seguir uma orientação de vida cristã segundo a Bíblia Sagrada e se identificava como protestante, vinculando-se à tradição da Reforma Protestante de 1517.

Ela se identificava também com as crenças do movimento pentecostal: batismo no Espírito Santo, falar em novas línguas ou glossolalia, a ação divina aqui e agora, a prática de clamar em alta voz para alcançar o divino e a abstenção de alimentos ou “jejuns” três vezes por semana como forma de busca ao divino, entre outros aspectos discutidos na seção três.

A memória coletiva: aportes teóricos, metodológicos e procedimentais

Em fins de março de 2020, teve início o distanciamento social como medida de enfrentamento preventivo à pandemia de Covid-19, paralisando todas as atividades consideradas não essenciais. Isso inviabilizou a realização do trabalho etnográfico (Hammersley e Atkinson, 1983; Becker, 2019) nas cinco comunidades terapêuticas que haviam aceitado participar da investigação, visto que os coletivos de segregados foram dispensados sem a conclusão dos tratamentos. Apontamos esse problema à supervisora do estágio pós-doutoral durante uma reunião de trabalho.

Diante dessa circunstância de isolamento social, relatamos à supervisora uma experiência pessoal de internação para tratamento numa comunidade terapêutica, a qual se identificava como protestante pentecostal. O motivo desta internação foi consumo abusivo de drogas ilícitas. A instituição era a Comunidade Terapêutica Desafio Jovem da Cidade de Viamão⁴, no Rio Grande do Sul. Ficamos internados por dez meses e vinte dias, entre 25 de agosto de 1987 e 15 de junho de 1988, quando obtivemos a alta.

4 O *Desafio Jovem da Cidade de Viamão* se situava na zona rural, Sítio São José na Rodovia Coronel Acrísio Martins Prates, n. 4.200, fone: (51) 3108-8154, Viamão/RS. A mantenedora era a associação jurídica de direito privado Sociedade Caritativa Desafio Jovem, CNPJ 91.744.474/0001-01, fundada em 14 de setembro de 1987 sob direção de Marilene Stringhini e João Carlos Gesta Stringhini (*in memorian*), que eram os proprietários legais da chácara onde funcionava o centro de recuperação. A situação cadastral atual da entidade é inapta, conforme consultas realizadas virtualmente. Ver: <https://casadosdados.com.br/solucao/cnpj/sociedade-caritativa-desafio-jovem-91744474000101>; <https://cadastroempresa.com.br/cnpj/91.744.474/0001-01-sociedade-caritativa-desafio-jovem>; e <https://cnpj.biz/91744474000101>. Acesso em: jun/jul de 2022.

Houve mais de vinte tentativas de contato telefônico, e-mail e nas redes sociais, mas não obtivemos nenhuma resposta.

Fomos orientados pela supervisora a buscar aporte teórico-metodológico no sociólogo francês Maurice Halbwachs (1887-1945) e sua abordagem sobre a memória como fenômeno social (Halbwachs, 2004; 1990) para fins de retornar à experiência de internação depois de mais de 30 anos, com objetivo de descrever e analisar o vivido. No esquema analítico de Halbwachs, a memória tem um caráter coletivo, sempre inserida em algum grupo, já que o indivíduo só é capaz de recordar a(s) memória(s) de seu(s) grupo(s) de convívio e só consegue construir e acessar as lembranças na condição de membro de um coletivo, de parte de um todo, de um conjunto ou da totalidade humana, que o ultrapassa (Halbwachs, 2004; 1990).

Alimentar e organizar as memórias individuais depende da relação com o outro (Halbwachs, 2004; 1990). O outro da relação pode ser os indivíduos com quem se partilhou a experiência a ser lembrada. Contudo, pode também ser uma lembrança oriunda de outras fontes de resgate das memórias de experiências vividas, como, áudios, vídeos, livros, folders explicativos, entre outras fontes.

Considerando que a vida social se caracteriza fundamentalmente pelo grau de integração do indivíduo em um tecido social, no qual se processam múltiplas relações sociais possíveis, toda recordação e localização de lembranças precisa de contextos sociais como referência para essas relações, que são a base para a construção da memória, a qual sempre tem fundo coletivo ou social (Halbwachs, 2004; 1990). Nessa perspectiva, a recordação é uma atividade (re)construtiva/(re)constitutiva e racional da mente. Para se realizar, ela precisa de um meio social consciente. Esses meios são os marcos da memória social ou coletiva, já que a evocação de recordações é sempre feita ao se recorrer a experiências partilhadas com outros: indivíduos, grupos, subgrupos sociais etc. presentes na sociedade (Halbwachs, 2004; 1990).

Trata-se de um processo de reconstrução baseado em dois aspectos: (i) não se trata da repetição linear dos acontecimentos e vivências no contexto de interesses atuais; e (ii) se diferencia dos acontecimentos e vivências que podem ser evocados e localizados em um determinado tempo e espaço, envolvidos num conjunto de relações sociais (Halbwachs, 2004, 1990). Essa reconstrução é feita por meio dos quadros sociais da memória – a linguagem, o tempo e o espaço – como categorias do entendimento que enquadram a experiência humana e se referem às próprias condições da vida em uma sociedade e das lembranças ou recordações dessa vida. Ela se refere às múltiplas possibilidades de interações sociais que os indivíduos experimentam no cotidiano como vida social propriamente dita (Halbwachs, 2004, 1990).

Recordações se dão com base na família, no grupo religioso e na classe social. É na família que os indivíduos se vinculam pelo nome e parentesco por meio da linguagem, dos sentimentos, dos eventos partilhados que se tornam memoráveis e das comemorações em geral, as quais sempre são rememoradas em um período ou recorte do tempo, assim como em algum lugar no espaço social (Halbwachs, 2004, 1990). No grupo religioso, os fiéis organizam suas recordações conforme os ritos que acontecem no tempo e no espaço e pela transmissão pela via da linguagem dos dogmas, das doutrinas e dos regimes de verdades e suas interpretações singulares, que fundam os sistemas de crenças de cada grupo religioso (Halbwachs, 2004, 1990).

A memória é então organizada por meio e baseada na realidade partilhada em relações com os outros, com as coisas e com os marcos temporais da memória por meio das palavras e dos sons. Assim, a memória se conforma à realidade e é enquadrada socialmente no tempo, no espaço e pela linguagem (Halbwachs, 2004, 1990). As memórias dessa experiência vivida há mais de três décadas foram retomadas com a utilização das seguintes leituras: De Leon (2003), para compreender o modelo e método comunidade terapêutica; o texto do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017), para compreender as particularidades da comunidade terapêutica brasileira; e os textos do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2011; 2018), além da leitura de artigos, dissertações e teses.

Durante várias visitas às chácaras, mantivemos diálogos com as equipes terapêuticas e com os residentes ou internos. Participamos, ao longo do ano de 2018, de 8 cultos para familiares e visitantes, que aconteciam nas sextas e sábados do último final de semana do mês, das 19h00 às 22h00. Também passamos 5 tardes de sábados, entre 14h00 e 18h00, em visitas de apresentação das equipes, das chácaras e de alguns dos residentes. Nas cinco comunidades terapêuticas, só nos permitiram conversar com alguns indivíduos, considerados quase “curados ou recuperados” pelas equipes terapêuticas. Não tivemos acesso aos recém internados, principalmente os que se encontravam sob efeito de medicações psicotrópicas controladas. De fato, fomos proibidos em todas as instituições de nos aproximar e/ou fazer contato com os internos novos e os medicados.

Portanto, o disparador do resgate de nossas memórias e rememorações foram a leitura dos textos mencionados (De Leon, 2003; IPEA, 2017; CFM, 2011; 2018) e as visitas nas comunidades terapêuticas. Esses foram os nossos instrumentos de evocação e rememoração da experiência vivida. A abordagem de Halbwachs (2004; 1990) nos permitiu efetuar o distanciamento necessário para lembrar, descrever e analisar. Não se trata de anacronicamente visitar o passado, analisando-o com base em referências presentes. Antes, trata-se de reconstruir

o vivido sob a perspectiva das vivências coletivas, tendo a linguagem como mediação dos acontecimentos no espaço e no tempo, como quadros de referência de memória (Halbwachs, 2004, 1990).

Nesse processo, é preciso fazer uma distinção entre o pesquisador e o sujeito da experiência. Decidimos chamar o sujeito da experiência pelo apelido pelo qual ele era conhecido em seus grupos de convivência: “Magrão”. Fizemos sua breve caracterização social para fins de diferenciá-lo do pesquisador. Com vistas a gerir as farras lembranças do Magrão, adotamos a perspectiva de uma entrevista não estruturada (Gil, 2017; Bogdan e Biklen, 1994). que visava obter de Magrão, consumidor abusivo de drogas psicoativas lícitas e ilícitas, de baixa escolaridade e sem profissão definida, informações sobre o período de internato.

Para fins de melhor situar os leitores, iniciamos a próxima subseção com uma breve caracterização naquilo que consideramos os aspectos mais importantes para este trabalho. Buscamos evidenciar: (i) a relação com o consumo abusivo de drogas que o levou à internação; (ii) a baixa escolarização; e (iii) a falta de qualificação profissional. Há ainda um ponto evidenciado com menor clareza: (iv) os vínculos comprometidos com a família nuclear e extensa, anterior à internação. A escolha desses aspectos pareceu importante, pois o ponto (i) estabelece o necessário nexos de causalidade entre conjunto de ações anteriores (consumo abusivo reiterado de drogas psicoativas lícitas e ilícitas) e a consequência (a experiência de segregação ou internação), enquanto os aspectos (ii) e (iii) pretendem indicar dois elementos importantes da vida social: educação escolar e acesso a postos de trabalho.

Nesse sentido, muito embora Magrão não seja representante dos consumidores abusivos de sua geração, ele também não é um caso isolado. Trata-se de um entre uma geração de consumidores abusivos de drogas psicoativas lícitas e ilícitas, que estiveram em atividade de consumo entre as décadas de 1970 e 1980.

Magrão: tratamento e cura?

Buscamos analisar a situação de Magrão, que é muito semelhante a vários casos percebidos durante as visitas nas cinco comunidades terapêuticas em 2018. Jovens de baixa escolaridade e sem profissão definida ainda caracterizam a maior parte dos segregados, conforme registrado nos trabalhos do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011; 2018) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017). Passadas mais de três décadas, estamos diante da mesma instituição: a *comunidade terapêutica*. Ela atende populações de baixa renda e oferece ainda o mesmo *remédio: conversão religiosa*. Seu *público* possui as

mesmas características: jovens de baixa escolaridade, sem profissão definida e que tendem a ter seus vínculos familiares e sociais fragilizados.

Magrão teve suas primeiras experiências de consumo de substâncias psicoativas aos doze anos, precisamente entre agosto e outubro de 1976. Desde então, manteve uma carreira (Becker, 2019) regularmente como consumidor abusivo de drogas até 1987, quando foi internado na comunidade terapêutica, cujo tratamento é descrito aqui. O descontrole no consumo o levou a abandonar a escola aos quinze anos, sem ter conseguido concluir a oitava série do Primeiro Grau, o atual Ensino Fundamental – Anos Finais.

Suas experiências laborais foram apenas quatro trabalhos de serviços gerais: empacotador em Supermercado (1 mês), auxiliar de gráfica (6 meses), apontador na construtora de malha asfáltica (9 meses) e ensacador em engenho de arroz (4 meses). Viveu em uma família nuclear constituída por pai, que era rádio-telegrafista, mãe costureira e do lar, uma irmã mais velha e um irmão mais novo. Não eram seguidores de nenhuma religião. A única exigência dos pais era que todos os três *estudassem para ter uma vida melhor*⁵.

Magrão consumia *maconha e cogumelos (psilocibina)*. *Essas eram suas drogas de preferência. Mas também consumia com bom gosto cocaína, boletas e álcool*. Desenvolveu a carreira (Becker, 2019, p. 38-52; 53-63) de consumidor abusivo dessas drogas em cinco fases: (i) *flerte/paquera* entre 1973-1976, com paixão pelas músicas e bandas ligadas à contracultura; (ii) *namoro* entre 1976-1979, com o consumo apenas em finais de semanas; (iii) *noivado* entre 1979-1982, ou, como ele disse, *um dos melhores períodos da vida até então*, em que ele somava o prazer obtido com o consumo e seu *status* diante do grupo desviante constituído por indivíduos mais velhos; (iv) *casamento* entre 1982-1987, havendo total descontrole no consumo, perda de relações afetivas e ruptura familiar, duas tentativas de suicídio e uma internação psiquiátrica; e (v) *separação* ou a internação entre 1987-1988.

No direito brasileiro, um vínculo conjugal, que aqui tomamos como metáfora da relação de Magrão com as drogas, pode sofrer a *separação* quando há separação de corpos sem a dissolução do vínculo conjugal. Já o *divórcio* se dá quando há o término ou dissolução do vínculo contratual (Brasil, 2022). Utilizamos o conceito jurídico de *separação*, já que Magrão nunca praticou uma abstinência absoluta, exceto nos 10 meses e 20 dias de internação. Não houve, portanto, um *divórcio* no sentido de uma dissolução ou término da relação com

5 Ao longo dos parágrafos, aparecem expressões em itálico e que não são citações. Elas correspondem às *falas* ou lembranças de Magrão relativas ao período entre 25 de agosto de 1987 e 15 de junho de 1988.

substâncias psicoativas. Na perspectiva do extinto *Desafio Jovem da Cidade de Viamão*, tanto quanto nas comunidades terapêuticas brasileiras atuais e que se orientam por perspectivas religiosas, Magrão não alcançou a recuperação, pois não se *manteve na conversão* após a alta do tratamento.

O *Desafio Jovem da Cidade de Viamão* foi uma comunidade terapêutica que se identificava como cristã, de orientação protestante pentecostal, como mencionamos anteriormente, e sem vínculos com as denominações de orientação protestante, pentecostal e neopentecostal clássicas. Seu estatuto afirmava ser uma instituição ligada à área de assistência social e à promoção da saúde mental, atendendo em regime de internação consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Contudo, em suas práticas sociais efetivas, ela seguia o padrão do *Team Challenge* no que concerne à questão religiosa. A cura ou recuperação só era obtida mediante conversão religiosa, muito embora enfatizassem sempre não terem vínculos com qualquer das denominações religiosas existentes. Entretanto, tal processo deveria se dar nas *denominações mais avivadas*⁶.

Segundo Magrão, *havia uma forte ênfase, diária, de que deveríamos escolher igrejas avivadas* de orientação pentecostal, por exemplo, as Assembleias de Deus, a Congregação Cristã, a Deus é Amor, a Igreja Quadrangular etc., ou ainda as de orientação neopentecostal, como a Igreja Universal do Reino de Deus, a Igreja Mundial do Poder de Deus, a Sara Nossa Terra etc., após alcançarem a alta do tratamento. Era pela *permanência na conversão religiosa que os ex-internos teriam forças para se manter em uma abstinência sustentada*.

Contudo, como aponta Fernandes (1970), o *estatuto* é o objetivo manifesto, e o objetivo manifesto se faz a conhecer nas práticas sociais, bem mais do que por meio de narrativas ou discursos. Nesse sentido, *a entidade era uma instituição religiosa que entendia seus membros como dotados de uma missão, ou chamado, para ganhar as almas dos drogados para o reino de Jesus Cristo* (Bíblia Sagrada, 1995). Muito embora não se tratasse de uma igreja oficialmente, seu *estatuto* (Florestan, 1970) apontava à religião evangélica.

A instituição era coordenada por um *obreiro-chefe*, sua *esposa* e um *filho recém-nascido* e mais *três obreiros-auxiliares*. Um deles era o responsável pelas

6 Denominações avivadas ou igrejas avivadas são aquelas religiões que acreditam na manifestação dos dons do Espírito Santo, como cura milagrosa, falar em novas línguas, profetizar e entregar as mensagens divinas e entre outras manifestações.

7 Em termos escolarização, o obreiro-chefe havia parado de estudar sem concluir o Primeiro Grau (Ensino Fundamental) e os outros três obreiros tinham conseguido concluir esta etapa, sem, contudo, não terem cursado o Segundo Grau (Ensino Médio). A esposa do obreiro-chefe era técnica em contabilidade e havia concluído as etapas da Educação Básica.

atividades espirituais: *terapias espirituais* ou *cultos* (das 07h00 às 12h00 e das 20h00 às 22h00), *jejuns* (terças e quintas das 07h00 às 12h00 e sábado das 07h00 às 18h00) e as *orações na madrugada* (participação voluntária para fase 1, obrigatória para obreiros e Fase II, diariamente das 02h00 às 03h00). Os outros dois eram responsáveis pelas terapias materiais (cozinha, louça, limpeza da casa, manutenção, conservação e reforma do ambiente rural). O obreiro-chefe residia em Porto Alegre/RS e coordenava os trabalhos de palestras e arrecadação de fundos e bens e fazia a gestão das atividades espirituais e materiais da casa na cidade. Esse obreiro exercia a função de *pastor evangélico*. Entretanto, dentro da hierarquia religiosa, ele era um *presbítero* (*que era um cargo abaixo do pastor*) e exercia a função de *pastor*.

Conforme Magrão, a entrevista de admissão se caracterizou pelas seguintes perguntas, aqui parafraseadas: *Que drogas você usa? Há quanto tempo usa? Já esteve preso? Se sim, por quê? Quer se internar? Toma remédios controlados? Ouve vozes? Têm alucinações? Quer perguntar algo?* A explicação inicial dada pelo obreiro-chefe sobre o tratamento era a de que *se tratava de uma proposta de tratamento livremente orientada pelos valores judaico-cristãos; que eram protestantes pentecostais, mas não vinculados a nenhuma denominação religiosa oficial.*

Mas Magrão, assim como também seus pais que o internaram, *nunca souberam que se tratava de uma comunidade terapêutica religiosa ou de crentes.* De uma perspectiva da sociologia da religião, o *Desafio Jovem da Cidade de Viamão* abraçava o que eles denominavam como cristianismo protestante pentecostal, sendo uma entidade que adotava uma abordagem religiosa e fortemente proselitista.

As regras da casa ajudavam a evidenciar esse caráter proselitista: (i) *a única leitura permitida era da bíblia - versão protestante* (Bíblia Sagrada, 1995); (ii) *era proibido cantar, tocar ou dialogar sobre músicas ou temáticas seculares;* (iii) *não havia uso de medicações e os problemas de saúde física e mental eram tratados por meio da fé bíblica: “Ora, a fé é o firme fundamento das coisas que se esperam e a prova das coisas que se não veem”* (Bíblia Sagrada, 1995); (iv) *a saudação entre todos era “a paz do Senhor, irmão [nome do interno]”* e, entre os membros da equipe terapêutica, *“a paz do Senhor, irmão-obreiro [nome do obreiro]”*; e (v) a base da interação entre residentes e equipe terapêutica era obediência e submissão.

Sobre a fase 1 do tratamento (sem sair do sítio), a regra era sair somente no terceiro mês. *Magrão entrou em 25/08/1987 e só passou para a Fase II em janeiro de 1988, por conta de alguns comportamentos inadequados.* Foi um período de

aproximadamente 120 dias em que seu *tratamento* era constituído pela *terapia espiritual* (cultos das 07h00 às 12h00 e das 20h00 às 22h00, com jejuos às terças e quintas até às 12h00 e aos sábados até 18h00) e pela *terapia material*, incluindo as atividades laborais ligadas à cozinha e louça, trabalho nas hortas, serviços gerais de manutenção, conservação e reforma da propriedade rural. Um dos principais instrumentos do sistema de privilégios e punições era a *quebra do eu*, isto é, cavar em um dia para fechar no dia um buraco de 1m de altura por 1m de largura por 1m de comprimento.

Durante os dez meses e vinte dias de internação, nunca houve atendimento médico e psicológico. Conforme lhe diziam os obreiros, toda *a enfermidade tem como causa o pecado, que é a separação entre o homem e Deus. Mas, durante o tratamento, pela via da mudança de posição diante de Deus, os problemas se resolveriam, inclusive, e principalmente, o problema do consumo abusivo de álcool e/ou drogas.*

A Fase II (de segunda à sexta na cidade de Porto Alegre/RS, Vila Cefer I), que, no programa, originalmente corresponderia a um período de permanência de 6 meses, mas que foram 5 meses para Magrão, a *terapia espiritual consistia na oração da manhã, que se iniciava com a leitura e explanação de trecho bíblico seguido de sessenta minutos cronometrados de oração de joelhos.* Em seguida, eles saíam pela cidade para *receber as contribuições na cidade de Porto Alegre e na região metropolitana nessa capital*, trabalho que durava até por volta das 17h00, quando retornavam à *casa na cidade.* Além dessas atividades de receber os carnês de contribuição, havia também *palestras em igrejas de qualquer orientação, em escolas e em clubes de serviço e associações, que era onde se faziam os carnês de contribuição que mantinha a comunidade.*

Um aspecto que nos chamou a atenção, tanto na experiência de Magrão no *Desafio Jovem da Cidade de Viamão* há mais de três décadas quanto nas cinco comunidades terapêuticas visitadas antes da pandemia foi que, muito embora houvesse uma forte ênfase em termos e expressões como *convívio voluntário, comunidade/comuna/comunal, protagonismo, assumir o controle de si, irmão-obreiro, irmão-recuperante*, entre outras, o clima geral desses ambientes se caracterizava por uma desconfiança e vigilância sobre os *irmãos-recuperantes.* Conforme Magrão, os irmãos-obreiros explicavam que as *drogas eram um projeto de satanás, que era o pai da mentira.* Assim, *os drogados eram manipuladores e mentirosos, pois a própria dependência química os fazia enganadores, infiéis nas relações.*

Apresentamos a seguir a experiência de Magrão utilizando o esquema descritivo de Schatzman e Strauss (1973), adaptado para proporcionar às leitoras

e aos leitores deste trabalho uma leitura mais clara e objetiva dos ambientes mencionados no texto.

Mapa social

Quadro 1: Coletivo do Desafio Jovem da Cidade de Viamão

Equipe terapêutica	Coletivo de residentes
<ul style="list-style-type: none"> - obreiro-chefe (Ensino Fundamental incompleto), esposa (Ensino Médio completo) e filho - obreiro-ajudante 1 (Ensino Fundamental incompleto) - atividades espirituais - obreiro-ajudante 2 (Ensino Fundamental incompleto) - atividades materiais - obreiro-ajudante 3 (Ensino Médio completo) - atividades espirituais 	<ul style="list-style-type: none"> - 12 residentes ou internos na primeira fase do tratamento (90 dias) - 3 residentes ou internos que moravam na casa da cidade e vinham para a chácara nos finais de semana (180 dias)

Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

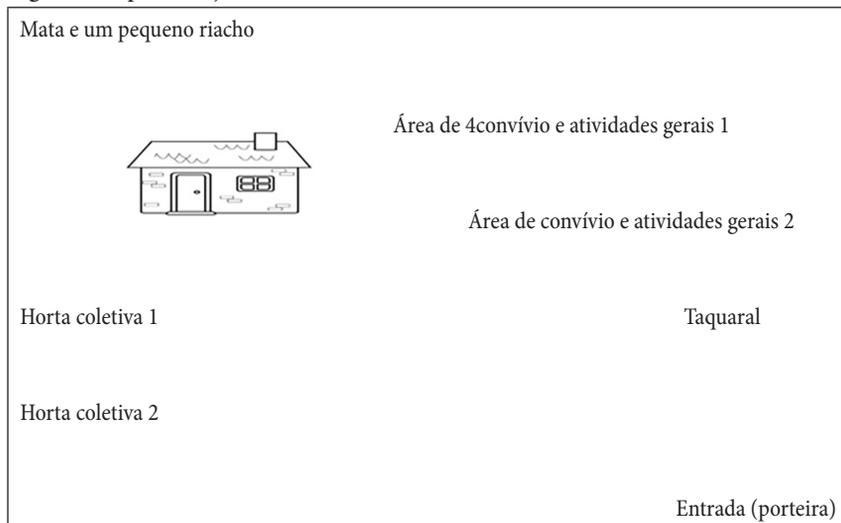
Quadro 2: Cargos e suas funções e obrigações

Cargo	Funções
<i>Obreiro-chefe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - liderança espiritual/material - responsável pelos estudos nos estudos de sábado de manhã e na vigília - gestão geral dos conflitos e problemas da chácara - gestão financeira - ministração de palestras, visitas, entrevistas e atendimentos em geral
<i>Obreiros-auxiliares</i>	<ul style="list-style-type: none"> - direção do culto da manhã das 07h00 às 12h00 de segunda à sábado - coordenação das atividades de trabalho das 14h00 às 18h00 de segunda à sábado - direção do culto da manhã das 07h00 às 12h00 de segunda à sábado - ouvir e orientar residentes e prestar contas ao obreiro-chefe
<i>Residentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - não brigar (violência física ou psicológica zerava o tratamento) - não falar palavrões ou falar do passado vergonhoso - não usar drogas, nem cigarros ou bebidas - não praticar sexo e nem masturbação - ler a bíblia sagrada, único livro permitido durante o tratamento

Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

Mapa espacial

Figura 1: Representação da chácara



Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

Figura 2: Representação do interior da casa na chácara

<p>Cozinha dos obreiros e sala de reuniões administrativas, das quais não participavam os residentes, exceto em reuniões disciplinares.</p>	<p><i>Púlpito</i></p> <p>Sala de culto e de reuniões gerais (nesta sala, dormiam os obreiros novos e os residentes da segunda etapa.</p>	<p>Suíte com seis beliches onde residiam os doze residentes da primeira fase.</p>
<p>Suíte do obreiro-chefe, esposa e filho (ficava vazia de segunda à sexta)</p>	<p>Cadeiras Cadeiras</p> <p>Cadeiras Cadeiras</p> <p>Cadeiras Cadeiras</p> <p>Entrada</p>	<p>Banheiro dos doze residentes (2 chuveiros e 3 minutos de banho cronometrados)</p>

Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

Figura 3: Representação do interior da casa em Porto Alegre (Vila Cefer – PoA/RS)

Quarto do obreiro-chefe, esposa e filho.	Banheiro coletivo	Saída pátio Cozinha e sala de janta
Corredor	Corredor	Corredor
Quarto dos três residentes em segunda fase de tratamento.	Quarto para visitas	Sala Entrada

Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

Quadro 3: Etapas do tratamento

<i>Ambientes</i>	<i>Atividades</i>
Chácara/centro de recuperação (Fase I – 90 dias)	<ul style="list-style-type: none"> - culto da manhã das 07h00 às 12h00 (exceto aos domingos) - atividade de confecção de alimentos e organização da cozinha e distribuição do alimento nos horários - atividade de limpeza, manutenção e reformas na chácara - culto noturno das 20h00 às 22h00 (todos os dias)
Casa na cidade (Fase II – 180 dias)	<ul style="list-style-type: none"> - arrecadação das contribuições, via carnês - palestra dada pelo obreiro-chefe, testemunho dos internos - busca de donativos - evangelização nas ruas

Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

Mapa temporal

Quadro 3: Cotidiano da Fase 1 (90 dias)

<i>Horários</i>	<i>Segunda</i>	<i>Terça</i>	<i>Quarta</i>	<i>Quinta</i>	<i>Sexta</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
06h30/07h00	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Livre
07h00/08h00	Oração	Oração	Oração	Oração	Oração	Oração	Despertar
08h00/08h30	Desjejum	Jejum	Desjejum	Jejum	Desjejum	Jejum	Desjejum
08h30/09h00	Leitura	Leitura	Leitura	Leitura	Leitura	Leitura	Livre
09h00/10h00	Louvor	Louvor	Telecurso	Louvor	Louvor	Louvor	Livre
10h00/12h00	Estudo	Estudo	Telecurso	Estudo	Estudo	Estudo	Livre
12h00/13h00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Jejum	Almoço
13h00/14h00	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
14h00/16h00	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Ed. Física	Livre	Telecurso
16h00/16h30	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Jejum	Telecurso
16h30/18h00	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Ed. Física	Livre	Telecurso
18h00/19h00	Banho	Banho	Banho	Banho	Banho	Banho	Banho
19h00/20h00	Janta	Janta	Janta	Janta	Janta	Janta	Janta
20h00/20h30	Oração	Oração	Telecurso	Oração	Oração	Oração	Livre
20h30/21h00	Louvor	Louvor	Telecurso	Louvor	Louvor	Louvor	Livre
21h00/22h00	Pregação	Pregação	Telecurso	Pregação	Pregação	Pregação	Livre
22h00/07h00	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso

Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

Quadro 4: Cotidiano da Fase II (180 dias)

<i>Horários</i>	<i>Segunda</i>	<i>Terça</i>	<i>Quarta</i>	<i>Quinta</i>	<i>Sexta</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
06h30/07h00	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Livre
07h00/08h00	Oração	Oração	Oração	Oração	Oração	Oração	Despertar
08h00/09h00	Desjejum	Desjejum	Desjejum	Desjejum	Desjejum	Desjejum	Desjejum
09h00/18h00	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo	<i>Chácara</i>	<i>Chácara</i>
19h00/20h00	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	<i>Chácara</i>	<i>Chácara</i>
20h00/21h00	Oração	Oração	Oração	Oração	Oração	<i>Chácara</i>	<i>Chácara</i>

Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

Quadro 5: Os cultos da Fase I

<i>Turnos</i>	<i>Desenvolvimento</i>
<i>Manhã (das 07h00 às 12h00, de 2ª a sábado)</i>	- provérbio + oração - leitura (do Novo e Velho Testamento) - louvor (voz + instrumentos acústicos) - estudo bíblico
<i>Noite (das 20h00 às 22h00, de 2ª a 2ª)</i>	- oração - louvor - testemunho - pregação
<i>Oração noturna</i>	- oração das 02h00 às 03h00 da madrugada
<i>Jejuns coletivos (equipe e residentes)</i>	- terças e quintas: 07h00 às 12h00 - sábados: 07h00 às 18h00

Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

Oração: leitura diária de um capítulo do *Livro dos Provérbios*, 01 a 31 (Bíblia Sagrada, 1995), seguido de 60 minutos de oração – fechar os olhos e falar livremente ou ler Salmos em voz alta. *Leitura bíblica:* 60 minutos de leitura bíblica, ajoelhado ou sentado, iniciando com o Novo Testamento e depois o Velho Testamento. *Louvor:* cantos dos hinos da *Harpa Cristã*. *Estudo bíblico:* elaboração livre feita pelos obreiros, associando o consumo de álcool e drogas ao demônio. *Testemunho:* dado pelos residentes convertidos e que se desempenhavam bem nas tarefas, seja da chácara ou das atividades na cidade. *Pregação:* consistia na interpretação livre de versículos bíblicos (Bíblia Sagrada, 1995) conforme o ponto de vista dos obreiros, que eram os únicos que podiam pregar.

Quadro 6: Os cultos da Fase II

<i>Horários</i>	<i>Desenvolvimento</i>
<i>Manhã (das 06h00 às 07h00, de 2ª a 6ª)</i>	- provérbio + oração
<i>Noite (das 20h00 às 21h00, de 2ª a 6ª)</i>	- oração, leitura e breve pregação
<i>Jejuns coletivos (equipe)</i>	- terças e quintas: 07h00 às 12h00 - sábados: 07h00 às 18h00

Fonte: Elaboração própria com base na experiência de internação (1987-1988)

Na cidade, pela manhã, era a mesma leitura do provérbio diário e a oração de joelhos, antes da saída para o trabalho às 8h para pegar o ônibus que leva para a região central de Porto Alegre/RS, quando *os irmãos internos da cidade*, coordenados pelo obreiro-chefe e sua esposa, eram distribuídos pelos bairros

da cidade para receberem as contribuições em dinheiro (carnês de contribuição em dinheiro, divididos em 12 parcelas) e também em bens (roupas, móveis, eletrodomésticos etc.) que ajudavam a manter a entidade, segundo Magrão.

Além da coordenação dos três residentes, eram o obreiro e sua companheira os responsáveis pelos contatos externos para agendamento das palestras em igrejas, clubes sociais e escolas públicas, privadas e confessionais etc. Essas palestras dadas pelo obreiro-chefe apresentavam o tratamento e depois os internos davam testemunho.

Esse *testemunho*, conforme recordado por Magrão, era também uma forma de *pregação involuntária em que se podia usar as gírias de nossas comunicações básicas para contar aquilo que Deus salvava os drogados das drogas*. Para dar testemunho, era preciso *estar indo bem no tratamento*, o que equivalia a *estar convertido e, conseqüentemente, fazendo proselitismo religioso*. Muito embora sempre mencionarem que o “*Desafio Jovem da Cidade de Viamão*” não tinha vínculos denominacionais e servisse a Deus voluntariamente, esse serviço voluntário era o que canalizava as contribuições das pessoas e das instituições para ajudar a manter a chácara.

Mesmo quem não se convertia, segundo Magrão, podia evidenciar certos sinais que indicavam a conversão, por exemplo, *repetir sempre diante dos demais que deixou as drogas por causa de Jesus Cristo*. Essas falas eram repetidas nos cultos internos da comunidade e também nas palestras em escolas e clubes de serviço, até mesmo em igrejas católicas e grupos espíritas.

Mas, quando se tratava de igrejas *pentecostais*, a evidência deveria ser dar glórias a Deus e também o falar em línguas estranhas, que é chamado de batismo no espírito santo ou selo da promessa (Bíblia Sagrada, 1995), uma manifestação comum em algumas religiões⁸ na Antiguidade, sendo também altamente significativa para a cultura religiosa pentecostal brasileira.

As palestras aconteciam no período noturno em igrejas de qualquer denominação, em clubes sociais como Lions e Rotary, quando *eram suspensas as atividades espirituais* (os cultos mencionados anteriormente), e pela manhã e à tarde (escolas, empresas e clubes de serviços). Havia também as atividades de *evangelização na rua*, que aconteciam no *centro de Porto Alegre*, sobretudo em *regiões conhecidas pelo consumo de drogas, zonas de prostituição e até mesmo dentro dos prostíbulos*, com periodicidade regular.

Nesses eventos, Magrão costumava *tocar o atabaque ou o bongô*, sendo o obreiro-chefe um *violonista e cantor de Feira de Santana/BA*. Apenas tocavam

8 Ver: <https://www.britannica.com/topic/glossolalia>. Acesso em: jul. de 2022.

canções evangélicas, ou músicas de crentes, que eram os únicos tipos de músicas que *se podia ouvir e tocar*. A participação em cultos cristãos, de caráter obrigatório, só era permitida em igrejas protestantes pentecostais, conforme Magrão. Nas igrejas católicas e espíritas, eles só iam para fazer carnês de contribuição em dinheiro ou buscar donativos em espécie, como roupas, alimentos não perecíveis e outros bens.

Com base nessa narrativa, em que as lembranças/contribuições de Magrão são apresentadas como palavras e expressões em itálicos, passamos a traçar algumas considerações analíticas sobre a experiência vivida sob regime de internação para tratamento na comunidade terapêutica “Desafio Jovem da Cidade de Viamão”, agora na condição de pesquisador.

Começamos pela entrevista, a qual não aclarou acerca de em que consistia o tratamento, mas que serviu para evidenciar um caráter autoritário aplicado à gestão do tratamento e que é próprio do paradigma proibicionista: ele não busca construir uma solução, mas apenas impor uma interdição.

Magrão viveu a experiência de segregação no Brasil presidido por José Sarney (1985-1989) e durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987, cujos trabalhos foram encerrados em setembro de 1988; portanto, após sua alta.

Contudo, levando em consideração nossas leituras de referência (De Leon, 2003; IPEA, 2017; CFP, 2011; 2018), as Resoluções da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), que pela primeira vez disciplinou essas entidades, a RDC 101/2001 e RDC 29/2011 (Brasil, 2001; 2011a) e também a Portaria 3.088/2011 (Brasil, 2011b), que as inseriu como parte do acervo do Sistema Único de Saúde (SUS), foi fortemente perceptível que, especialmente no caso do modelo protestante pentecostal ou neopentecostal, os tratamentos e práticas permanecem muito similares.

Sobre a Fase I, um dia inteiro tinha a duração básica de 15 horas e 30 minutos em atividades iniciadas às 06h30 e concluídas às 22h00. Dessas, 6h e 30min, ou um terço do dia, correspondia às *terapias espirituais*, que *eram de participação obrigatória; não se tratava de assistir* aos cultos nos períodos da manhã e da noite, mas de *participar efetivamente em todas as atividades de culto*.

Portanto, mais de um terço do período de permanência em vigília era destinado à inculcação religiosa. No limite, segundo Magrão eles eram ensinados *a cultuar Deus com a própria vida, o que exigia se manifestar, orar, chorar, agradecer e suplicar a Deus*. Eram esperadas dos internos *a obediência e a submissão, às quais, pela humildade do interno, quebravam as maldições familiares ou adquiridas*. Dessa maneira, as tensões e conflitos no convívio diário eram resolvidos pela *quebra do eu* do interno. Obviamente, os erros da equipe terapêutica não

eram tratados na frente de quem estava em recuperação, para não comprometer a autoridade de cada um.

Concernente à *terapia material*, que são simplesmente as atividades de manutenção, conservação e reforma de pequena propriedade rural, assim como a horta e eventualmente o manejo de pequenos animais (umas poucas galinhas e três patas), o que também incorre no risco de exploração de mão de obra, é importante considerar junto com Nascimento (1990; 1991) sobre uma antiga e equivocada crença, mesmo entre terapeutas ocupacionais, de que qualquer tipo de atividade laboral pode ser considerada *a priori* como terapêutica.

Bastaria, para tanto, que o profissional encarregado de desenvolver e aplicar tais atividades as utilizasse com o objetivo de aperfeiçoar uma terapia. A autora percebeu em suas investigações que, muitas vezes, as atividades são consideradas como uma espécie de remédio moral (Nascimento, 1991; 1990).

Mas ela adverte que essa é uma crença equivocada e que não há a mínima base científica que apoie essa ideia de um sistema ou organização de atividades que por si só ou pelas intenções de seus organizadores se constitua como um programa de rotinas terapêuticas em um ambiente de convívio intenso em que sejam alegadas condições ou propriedades de cura pelo trabalho (Nascimento, 1990; 1991).

Essa concepção enfoca unicamente no ângulo moral da questão, conforme o pressuposto manifesto no ditado popular, muito bem lembrado pelo Magrão: *cabeça vazia é oficina do diabo*. Ele era exaustivamente lembrado ao coletivo de residentes como forma de estímulo à participação e ao autocomprometimento com a operacionalização da vida comunal.

A respeito da Fase II, há o mesmo enfoque religioso determinando os limites das interações internas e externas à *casa da cidade*, agravado pelo fato de haver uma intensa atividade de mobilização de ativos, tanto na forma de dinheiro quanto de bens.

Há um problema que pode inclusive levar à prática de conduta definida como crime no Código Penal brasileiro (Brasil, 1940): enriquecimento sem causa, constituindo-se em uma conduta ilícita por parte da entidade. Isso porque os internos *trabalham e produzem dinheiro e bens, mas não há ganhos para eles. Tudo o que recebiam era para manter a obra de deus*. O argumento era que estavam contribuindo para que outros consumidores abusivos também tivessem um lugar para se tratar. Esse problema de exploração de mão de obra, passados mais de trinta anos, também foi detectado na investigação realizada pelo CFP (2011; 2018).

Considerações finais

O objetivo desta pesquisa foi compreender, descrever e analisar o tratamento em uma comunidade terapêutica religiosa, tendo como problema de pesquisa a controvérsia sobre eficácia ou a ineficácia desse tipo de tratamento. Seu objetivo foi alcançado, ao apresentarmos as origens recentes dessa instituição (Jones, 1972; De Leon, 2003). Além disso, também apresentamos as características mais gerais da comunidade terapêutica no Brasil, bem como descrevemos e analisamos aspectos do tratamento a que Magrão esteve submetido na comunidade terapêutica “Desafio da Jovem da Cidade de Viamão/RS”.

Nossa hipótese de trabalho – a de que a recuperação ou cura era uma mudança de papéis sociais: de consumidor abusivo de álcool e/ou drogas para ex-consumidor, convertido ao modelo religioso adotado pela instituição que oferece o tratamento – foi razoavelmente confirmada. Como evidenciou o Magrão ao apresentar algumas regras da casa no 2º parágrafo da página 13, a terapia consistia numa tentativa de apagamento ou substituição das experiências e vivências anteriores por uma massiva pregação cristã na chave protestante pentecostal, que era como o *Desafio Jovem da Cidade de Viamão* se identificava, conforme explicitado na página 6.

Essa terapia é o pano de fundo do tratamento alternativo na comunidade terapêutica, a qual seria mais bem descrita se chamada de tentativa de “lavagem cerebral” pela via religiosa. Como Magrão indicou, ele nunca foi atendido por profissionais da área da saúde no tratamento; somente pela via religiosa, isto é, pela crença na divindade, os internos alcançariam a cura ou recuperação.

Assim, na tríade identificada pelo IPEA (2017), o *trabalho* se refere unicamente às atividades de conservação, manutenção e reforma do ambiente rural. A *disciplina* se refere à aplicação da obediência e da submissão às regras e às ordens advindas da liderança do programa. Por fim, a *espiritualidade* é identificada com a repetição de palavras de agradecimento e devoção à divindade que a comunidade terapêutica seguia e cultuava, conforme apontado nas páginas 13 e 14.

Em síntese, as atividades de cultos e encontros, assim como as reuniões de enfrentamento, assemelham-se bastante aos cultos de igrejas reformadas que adotam a perspectiva pentecostal. Para confirmar nossa percepção, assistimos cultos em quatro igrejas evangélicas do município das denominações: Assembleia de Deus (2 cultos); Evangelho Quadrangular (1 culto) e Missão Encorajamento (1 culto). O objetivo foi compreender e comparar as dinâmicas dos eventos: cânticos, testemunhos, avisos, pregação.

Apenas a coleta de dízimos e ofertas que ocorria nas igrejas visitadas nunca foi percebida nas comunidades terapêuticas. Nesse sentido, nossa conclusão é a de que o processo de troca de papéis sociais é mediado pelo culto religioso, que leva indevidamente, a nosso juízo, o nome de terapia. Entendemos que esta conclusão tem consequências importantes. A principal delas é colocar em xeque a controversa Portaria 3.088/2011, que inseriu a comunidade terapêutica no SUS sem estudos e investigações aprofundadas e detalhadas das atividades e dos resultados obtidos nesse modelo alternativo de tratamento.

Com base no investigado, nota-se a urgente necessidade de suspender o repasse de dinheiro e recursos públicos às comunidades terapêuticas em todo o Brasil. Como evidenciado em outro trabalho (Souza e Gomes, 2017), há políticos ligados à Bancada Evangélica que mobilizam vultosas verbas para comunidades terapêuticas. Mas não há prestação de contas que evidenciem resultados minimamente positivos dos tratamentos alternativos desenvolvidos em comunidades terapêuticas brasileiras.

Finalizamos recordando a importância que Becker (2015) atribuiu aos trabalhos de investigação etnográfica, por propiciar o desenvolvimento de uma compreensão bem mais precisa, sistematizada e organizada sobre a cultura e funcionamento de grupos que se organizam às margens do regramento social aceito pela maioria. Defendemos que mais comunidades terapêuticas em todo o Brasil sejam visitadas, pesquisadas e investigadas, e que os resultados de seus tratamentos, positivos ou negativos, sejam divulgados publicamente, com a devida preservação das identidades. Não se pode “curar ou recuperar” alguém sistematizando a utilização do placebo.

Referências

- AGOSTINHO Santo, Bispo de Hipona. *O livre-arbítrio*. 4. ed. São Paulo, Paulus, 1995.
- ANVISA. *Resolução da diretoria colegiada nº 101*. São Paulo, ANVISA/SENAD, 2001.
- ANVISA. *Resolução da diretoria colegiada nº 29*. São Paulo, ANVISA/SENAD, 2011.
- BECKER, Howard Saul. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. 2ª ed. [com novos capítulos]. Rio de Janeiro, Zahar, 2019.
- BERGERON, Henri. *Sociologia da droga*. Trad. Tiago José Risi. Aparecida/SP, Idéias & Letras, 2012.
- BÍBLIA SAGRADA. Português. *Bíblia de Estudo Pentecostal: contendo o antigo e o novo testamento*. Edição Revista e Corrigida. Tradução de João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro, CPAD, 1995, p. 1090-1100.

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e/ou drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011.
- BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. *Código Penal*. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: jul. de 2022.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, 2011.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília, 2018.
- DE LEON, George. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo, Loyola, 2003.
- FIORE, Maurício. *Uso de drogas: controvérsias médicas e debate público*. Campinas, Mercado de Letras, 2007.
- FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos CEBRAP* (Impresso). São Paulo, v. 92, 2012, pp. 9-21.
- FERNANDES, Florestan. *Elementos de sociologia teórica*. São Paulo, EdUSP, 1970.
- FRESTON, Paul. *Protestantes e política no Brasil: da Constituinte ao impeachment*. Tese de Doutorado, Ciências Sociais, IFCH-Unicamp, 1993.
- FRESTON, Paul. Breve história do pentecostalismo brasileiro. In: ANTONIAZZI, Alberto *et al* (Orgs.). *Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo*. Petrópolis, Vozes, 1996.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo, Editora Atlas, 2012.
- GOFFMAN, Erving. *A representação do Eu na vida cotidiana*. 13ª ed. Trad. Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis, Editora Vozes, 2005.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo, Perspectiva, 2001.
- HALBWACHS, Maurice. *Los marcos sociales de la memoria*. Rubí/Barcelona, Anthropos Editorial; Concepción, Universidad de la Concepción; Caracas, Universidad Central de Venezuela, 2004.
- HALBWACHS, Maurice. *A memória coletiva*. São Paulo, Vértice, 1990.
- HAMMERSLEY, Martyn e ATKINSON, Paul. *Ethnography: principles in practice*. London, Tavistock, 1983.
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota técnica nº 21 sobre perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>. Acesso em: jun. 2021.

- JONES, Maxwell. *A comunidade terapêutica*. Trad. Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis, Editora Vozes, 1972.
- MARIANO, Ricardo. *Neopentecostais: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil*. São Paulo, Loyola, 1999.
- MARIANO, Ricardo. Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *Estudos Avançados*. São Paulo, v. 18, n. 52, 2004. Disponível em <<http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pdf7/08.pdf>>. Acesso em: jun. 2021.
- MOTA, Leonardo de Araújo. *Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?*. São Paulo, Paulus, 2007.
- NASCIMENTO, Beatriz Ambrosio do. O mito da atividade terapêutica. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 1, n. 1, ago. 1990.
- NASCIMENTO, Beatriz Ambrosio do. Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas. Dissertação de Mestrado, Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1991.
- SOUZA, André Ricardo de e GOMES, Ronaldo Martins. Reflexões sobre as religiosas comunidades terapêuticas a partir de algumas unidades paulistas. *Debates do NER*. Porto Alegre, v. 1, 2017, pp. 283-305.
- SOUZA, André Ricardo de e GOMES, Ronaldo Martins. Nuanças e controvérsias do apoio religioso a dependentes químicos. *Anais do XIV Simpósio Nacional da ABHR*, 2015.
- SCHATZMAN Leonard e STRAUSS, Anselm Leonard. *Field Research: Strategies for a Natural Sociology*. New Jersey, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1973.
- WILKERSON, Davis. *A cruz e o punhal*. Curitiba, Editora Betânia, 1983.

Recebido em: 26/07/2023

Aprovado em: 12/09/2023

Como citar este artigo:

GOMES, Ronaldo Martins. A cura em uma religiosa comunidade terapêutica: memória coletiva, ritos e mudança de papéis sociais. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 13, n. 3, set. - dez. 2023, pp. 933-958