

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

INGRID SANTANA ENGELENDER BROTTTO

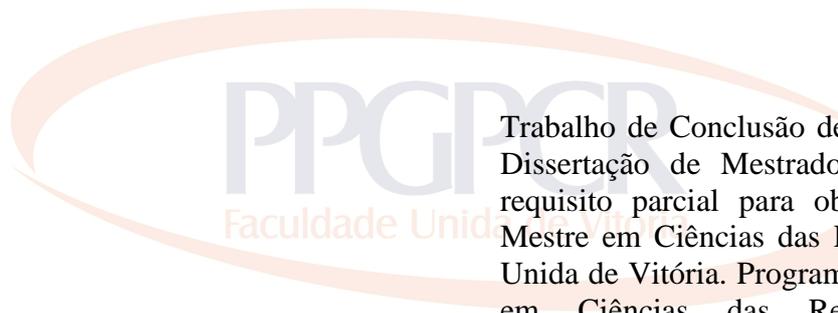
SERVIÇO SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E INFLUÊNCIA DA
RELIGIÃO NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

PPGDCR
Faculdade Unida de Vitória

INGRID SANTANA ENGELENDER BROTTTO

SERVIÇO SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E INFLUÊNCIA DA
RELIGIÃO NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação Profissional da Faculdade Unida de Vitória – 06/12/2022.



Trabalho de Conclusão de Curso na forma de Dissertação de Mestrado Profissional como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. Área de Concentração: Religião e Sociedade. Linha de Atuação: Religião e Espaço Público.

Orientador: Graham Gerald McGeoch

VITÓRIA-ES

2022

Brotto, Ingrid Santana Engelender

Serviço Social em comunidades terapêuticas e influência da religião no tratamento da dependência química / Ingrid Santana Engelender Brotto. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2022.

x, 105 f. ; 31 cm.

Orientador: Graham Gerald McGeoch

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2022.

Referências bibliográficas: f. 97-105

1. Ciência da religião. 2. Religião e espaço público. 3. Serviço Social.
 4. Dependência química. 5. Comunidade terapêutica. 6. Espiritualidade - Tese.
- I. Ingrid Santana Engelender Brotto. II. Faculdade Unida de Vitória, 2022. III. Título.

INGRID SANTANA ENGELENDER BROTTTO

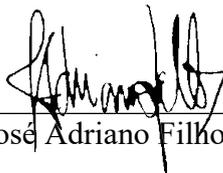
SERVIÇO SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E INFLUÊNCIA DA
RELIGIÃO NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Trabalho de Conclusão de Curso na forma de
Dissertação de Mestrado Profissional como
requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade
Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação
em Ciências das Religiões. Área de
Concentração: Religião e Sociedade. Linha de
Atuação: Religião e Espaço Público.

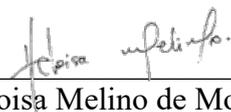
Data: 06 dez. 2022.



Graham Gerald McGeoch, Doutor em Teologia, UNIDA (presidente).



José Adriano Filho, Doutor em Teoria e História Literária, UNIDA.



Heloisa Melino de Moraes, Doutora em Direito.



Dedico esse trabalho à minha família.

AGRADECIMENTO

Agradeço aos que contribuíram para a realização desta pesquisa e ao apoio dos familiares e amigos.

Ao meu orientador, aos professores da Faculdade Unida de Vitória e demais profissionais da instituição que me auxiliaram ao longo da jornada.

Aos colegas de mestrado, que conheci apenas à distância e que compartilharam suas histórias e conhecimentos. Agradeço principalmente às colegas, pela inspiração em prosseguir: mulheres que em meio as obrigações do trabalho, casa e família ainda conseguiram assumir mais uma tarefa com objetivo de se tornarem mestres. Não é tarefa fácil!

Meus sogros Júlio e Léia, pelas ideias e orientações, obrigada! À família Brotto agradeço todo o carinho, incentivo e por acreditarem na minha capacidade.

Aos meus pais e meus irmãos, pela compreensão em minha ausência e pelo amor que eu sei que têm por mim.

Às colegas de trabalho do CAAD, Sandra, Márcia e Zezé, minhas “duplinhas, sempre com palavras de motivação para concluir esse mestrado.

Ao Thales, que com todo seu amor e carinho me ajudou a chegar até aqui e com quem eu consigo “acertar o passo, encarar o que for. Dividir a vida, cultivar o amor”.

Graças a Deus, terminei!



“Existe uma coisa que toda a verdadeira espiritualidade tem em comum, quer essa espiritualidade seja derivada da fé, da ciência, da natureza, ou das artes – um sentido de sobrenatural.”

Andrew Schneider

RESUMO

A presente pesquisa estuda o Serviço Social, enquanto uma profissão de caráter laico, atuando em comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química e como a religião influencia no tratamento oferecido nesses espaços. A partir do tema, a pesquisadora tentou responder como a religião se manifesta no tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço, um programa de governo do Estado do Espírito Santo. A hipótese é de que as comunidades terapêuticas usam um modelo híbrido de recursos terapêuticos fundamentados na ciência e em recursos terapêuticos religiosos, de modo que há influência da religião no tratamento oferecido a pessoa que está acolhida nessas instituições. Tem por objetivo geral propor um plano de intervenção para o/a profissional de Serviço Social inserido nesses espaços atuar de modo a garantir o atendimento seguindo o projeto ético-político profissional e auxiliar na realização de atividades que estimulem a espiritualidade do indivíduo acolhido, sem estar vinculada a determinado contexto religioso. Para tanto, faz-se necessário apresentar a história do Serviço Social no Brasil a partir do contexto religioso; apontar a comunidade terapêutica para tratamento da dependência química como um campo de trabalho do/a assistente social e observar como a religião é trabalhada/aplicada dentro das comunidades terapêuticas. A pesquisa utilizou os campos teóricos da Sociologia da Religião e da Psicologia da Religião para apresentar os conceitos de religião e espiritualidade que fundamentam o debate; utiliza o Compêndio de Ciência da Religião como fonte teórica para referenciar a área, bem como pesquisadores/as da área do Serviço Social, tais como, Marilda Vilela Yamamoto e Raul de Carvalho. Também realizou pesquisa etnográfica na observação da manifestação da religião nas comunidades terapêuticas. Os resultados da pesquisa indicam que, mesmo vinculadas a um programa de governo e que, portanto, devem evitar o proselitismo religioso, as comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço dão destaque para a religião no tratamento oferecido aos dependentes químicos acolhidos.

Palavras-chave: Serviço Social. Dependência Química. Comunidade Terapêutica. Religião. Espiritualidade.

ABSTRACT

This research approaches Social Work, as a secular profession, working in therapeutic communities for the treatment of chemical dependence and how religion influences the treatment offered in these spaces. On that, the researcher tried to answer how religion is manifested in treatment by therapeutic communities accredited to the Rede Abraço Program, a government program in the State of Espírito Santo, Brazil. The hypothesis is that therapeutic communities use a hybrid model of therapeutic resources, partly based on science and partly on religious therapeutic resources, so that there is an influence of religion in the treatment offered to the person attended by these institutions. Its general objective was to propose an intervention plan for the Social Worker, inserted in these spaces, which guarantees the service follows the professional ethical-political project and assist in carrying out activities that stimulate the spirituality of the attended individual, without being linked to a particular religious context. Therefore, it is necessary to present the history of Social Work in Brazil from the religious context; show the therapeutic community for the treatment of chemical dependence as a field of work for the social worker and observe how religion is applied within therapeutic communities. The research used the theoretical fields of Sociology of Religion and Psychology of Religion to present the concepts of religion and spirituality that underlie the debate; uses the book “Compêndio de ciência da religião” as a theoretical source to reference the area, as well as researchers in the field of Social Work, such as Marilda Vilela Yamamoto and Raul de Carvalho. The researcher also carried out ethnographic research in the observation of the manifestation of religion in therapeutic communities. The research results indicate that, even linked to a government program and that, therefore, they must avoid religious proselytism, the therapeutic communities accredited to the Rede Abraço Program emphasize religion in the treatment offered to chemical dependents.

Keywords: *Social Work. Chemical Dependency. Therapeutic Community. Religion. Spirituality.*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 FUNDAMENTO HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DA RELIGIÃO.....	15
1.1 A experiência profissional como ponto de partida.....	17
1.2 Serviço Social no Brasil.....	23
1.3 Problematização da entrada da religião no Serviço Social.....	35
2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO CAMPO DE ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL.....	43
2.1 Comunidade terapêutica a partir da religião.....	46
2.2 Comunidade terapêutica e as políticas públicas sobre drogas.....	54
2.3 A práxis do Serviço Social na comunidade terapêutica.....	60
3 SERVIÇO SOCIAL E RELIGIÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	67
3.1 Como a religião se apresenta nas comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço.....	68
3.2 Contribuição da religião no tratamento da dependência química e como o Serviço Social pode interferir nesse processo.....	77
3.3 Proposta de plano de intervenção do Serviço Social em comunidade terapêutica.....	84
3.3.1 Proposta do plano de intervenção.....	85
3.3.1.1 Justificativa.....	85
3.3.1.2 Objetivo geral.....	86
3.3.1.3 Objetivos específicos.....	86
3.3.1.4 Metodologia.....	86
3.3.1.5 Proposta de atividades.....	87
3.3.2 Propostas para atividades em grupo.....	89
3.3.2.1 Trabalho com Grupo.....	90
3.3.2.2 Arteterapia e musicoterapia.....	92
3.3.2.3 Meditação e técnicas de relaxamento respiratório.....	93
3.3.2.4 Roda de leitura.....	94
CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS.....	97
ANEXO A: LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL SOBRE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	106
ANEXO B: OS DOZE PASSOS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS.....	111

ANEXO C: AS DOZE TRADIÇÕES DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS	112
ANEXO D: MATERIAL DE APOIO	113



INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda sobre a atuação do/a profissional de Serviço Social inserido em comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química. A comunidade terapêutica se constitui como um espaço contraditório dentro da política sobre drogas devido à oferta de tratamento de cunho religioso e, a depender da instituição, um espaço de violação de direitos. O/a assistente social¹, enquanto uma profissional que trabalha com a garantia de acesso as políticas públicas e defesa dos direitos humanos, precisa compreender o desafio de atuar frente a essa expressão da questão social, que se configura a dependência química, construindo estratégias de intervenção dentro desses espaços.

Para delimitação do tema, trataremos sobre as comunidades terapêuticas que recebem financiamento público, especificamente as comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Estadual sobre Drogas – Rede Abraço, no Estado do Espírito Santo. Essa escolha se deu pelo fato de a autora ter vínculo com o Programa Rede Abraço durante o período da pesquisa, atuando como assistente social e estando presente nessas comunidades terapêuticas em visitas periódicas no cumprimento do trabalho, sendo possível fazer observações e registros em diário de campo dos elementos religiosos que se apresentam nesses espaços e que afetam direta e indiretamente no tratamento das pessoas que estão inseridas nesses espaços – constituindo-se assim como uma pesquisa etnográfica.

A religião tem influência direta no surgimento da comunidade terapêutica como espaço institucional no trato da dependência química, assim como na constituição do Serviço Social brasileiro. Portanto a pesquisa abordará os aspectos históricos, filosóficos e políticos que norteiam a relação entre Serviço Social, comunidade terapêutica e religião. Enquanto instituição que recebe financiamento público, a comunidade terapêutica deve dispensar o discurso religioso e empregar recursos terapêuticos que atendam a promoção do bem-estar físico, mental, social e espiritual do indivíduo acolhido. Considerando que a comunidade terapêutica acolhedora se constitui como um ambiente extra-hospitalar que tem por objetivo promover a abstinência da substância psicoativa com auxílio de projetos terapêuticos específicos e que visam o desenvolvimento pessoal², o objetivo geral da pesquisa de mestrado profissional é propor um plano de ação para o/a profissional de Serviço Social inserido em comunidades terapêuticas que garanta o atendimento conforme o projeto ético-político

¹ A presença dos homens no Serviço Social é historicamente muito pequena em termos quantitativos. Portanto, a profissão está entre aquelas identificadas como feminina e, por isso, usaremos os pronomes masculino e feminino na pesquisa ao fazer referência ao/a profissional.

² MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.*

profissional e auxilie na realização de atividades que estimulem o exercício da espiritualidade do indivíduo acolhido, fora do estrito contexto religioso.

Tem como objetivos específicos apresentar a história do Serviço Social brasileiro a partir do contexto religioso, apontar a comunidade terapêutica para tratamento da dependência química como um campo de trabalho do/a assistente social e observar como a religião é trabalhada dentro das comunidades terapêuticas, propondo um plano de ação que auxilie no desenvolvimento da espiritualidade do indivíduo acolhido fora do contexto religioso. A pesquisa tenta responder como a religião se manifesta no tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço, no Estado do Espírito Santo. Consideramos a hipótese de que, baseado na pesquisa Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as comunidades terapêuticas usam um modelo híbrido de recursos terapêuticos fundamentados na ciência e usando os recursos terapêuticos religiosos, de modo que há alguma influência da religiosidade dos coordenadores das comunidades terapêuticas no tratamento do dependente químico acolhido nessas instituições.

Importante destacar que religião e espiritualidade se diferenciam entre si, embora a espiritualidade seja vinculada ao universo religioso, de forma geral, e cristão, de forma específica nas comunidades analisadas. Para compreender tal diferença, recorreremos ao Compêndio de Ciência da Religião na busca de um conjunto de ideias e teorias que auxiliam na compreensão do tema. Portanto, utilizamos as correntes teóricas da Sociologia da Religião e da Psicologia da Religião para caracterizar a religião como um fenômeno socialmente construído e inserido no espaço público e a espiritualidade como uma busca pessoal de sentido capaz de auxiliar no tratamento à saúde. Para abordar sobre o Serviço Social foram utilizados referenciais bibliográficos da área, bem como a legislação que dá base para a profissão de caráter laico, com princípios e valores emancipatórios. Sobre as comunidades terapêuticas, utilizamos a legislação que dispõe sobre a inserção dessas instituições dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como teses, dissertações e artigos científicos que tratam do assunto.

A pesquisa se estrutura em três capítulos. O primeiro capítulo inicia com a história da trajetória profissional da autora em espaços de tratamento para dependência química: primeiro em uma comunidade terapêutica não-religiosa que depois passou a ser uma clínica especializada para tratamento psiquiátrico (sendo essa uma instituição privada) e por último como servidora pública estadual em um programa de governo da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas. Logo após abordamos sobre a história do Serviço Social no Brasil a partir do

contexto da religião e como a doutrina social católica ajudou a emoldurar a profissão e o perfil profissional dos assistentes sociais nos primeiros anos da profissão, para, assim, tratar sobre a problematização da religião no Serviço Social enquanto profissão de caráter laico.

O segundo capítulo trata das comunidades terapêuticas enquanto um campo de trabalho para atuação do/a profissional de Serviço Social. Primeiro aborda sobre a comunidade terapêutica a partir da religião e como esta surge sob a proposta de ser um espaço que propõe a abstinência de substâncias psicoativas a partir do afastamento social, imbuído de ideias moralistas e religiosas e a expansão de modelo de tratamento no Brasil. Logo após trata-se sobre a comunidade terapêutica a partir das políticas públicas, quando o fenômeno das drogas é percebido como uma das expressões da questão social e o governo brasileiro institui leis e decretos para tratar dessa temática, deixando as comunidades terapêuticas de serem espaços estritamente ligados a instituições religiosas e passando a fazer parte do tratamento ofertado dentro da política sobre drogas. Sendo assim, a comunidade terapêutica se configura como um espaço de trabalho para o/a assistente social e dessa forma, é importante tratar sobre a práxis do Serviço Social nesses espaços.

O terceiro capítulo tem como proposta abordar sobre como a religião se manifesta nas comunidades terapêuticas a partir das observações feitas em visitas realizadas às comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço, do governo do Estado do Espírito Santo. A partir dessas observações podemos discutir sobre a contribuição da religião no trato da dependência química, considerando que esses espaços devem se eximir do caráter religioso pelo fato de estarem inseridos dentro de uma política pública sobre drogas e, portanto, considerando a laicidade do Estado, não podem inserir no projeto terapêutico ações de proselitismo religioso. Diante desse fato, discute-se como o/a assistente social que está inserido nesse campo de trabalho pode interferir para que a comunidade terapêutica seja um espaço de tratamento que auxilie o dependente químico na manutenção da abstinência e contribua para sua reinserção social, respeitando a proposta de desenvolvimento da espiritualidade. Para tanto, é proposto um plano de ação do Serviço Social na comunidade terapêutica, com atividades de atendimento individual e em grupo que são atribuições do/a assistente social e planejamento de atividades em grupo para desenvolvimento da espiritualidade que podem ser trabalhadas pela equipe multidisciplinar.

Pretende-se auxiliar outros profissionais de Serviço Social que trabalham em comunidades terapêuticas a atuarem conforme preconiza o projeto ético-político profissional, interferindo de maneira positiva e propositiva no processo de tratamento dentro dessas instituições sem deixar de lado a dimensão espiritual no auxílio ao tratamento da dependência

química. A proposta de um plano de ação para o desenvolvimento do trabalho do/a assistente social em comunidade terapêutica se configura como um norteador para o profissional que está iniciando o trabalho dentro desse campo e que por vezes fica em dúvida sobre como trabalhar aspectos da espiritualidade sem ferir o código de ética profissional, respeitando a individualidade das pessoas que buscam tratamento através do acolhimento nesses espaços e trazendo propostas para o desenvolvimento do tratamento para além da religião.



1 FUNDAMENTO HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DA RELIGIÃO

A religião tem papel importante na história do Serviço Social e configura-se como um elemento marcante para a origem da profissão a partir do momento em que a assistência social passa a ter uma conotação político-religiosa, deixando de ser tarefa exclusiva do vínculo social primário – ou seja, quando a assistência prestada aos que necessitam deixa de ser tarefa exclusiva da família e da comunidade. Com a tecnificação do trabalho e a secularização, a regulamentação profissional e seu ensino foram laicizados. Entretanto, ainda que a prática profissional e seu ensino estejam secularizados, existe uma marca religiosa agregada ao perfil dos profissionais que são religiosos e que pode influenciar na prática do Serviço Social a partir dos valores religiosos do profissional.

No que diz respeito à religião, há uma diversidade conceitual e multidisciplinar quanto à definição do termo. Para fins do nosso estudo nesse primeiro capítulo, definiremos religião pela perspectiva da corrente teórica da Sociologia da Religião, compreendendo o conceito de religião como um fato social e uma construção da modernidade ocidental. A religião, como um fenômeno socialmente construído, tem caráter multifacetado e forte impacto na sociedade.

A religião ocupa espaço na obra de Durkheim devido ao seu estudo sobre a moralidade e o mesmo define religião como “um sistema solidário de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, isto é, separadas, proibidas, crenças e práticas que reúnem numa mesma comunidade moral, chamada igreja, pessoas que a elas aderem”³. Sendo assim, a religião, para Durkheim, é uma fonte de regulação da vida social. Elisa Rodrigues explica que, na lógica do pensador, a religião se constitui em uma instituição social de caráter coercitivo, composta por ideias, valores e crenças que podem oferecer um sistema de classificação para formação de uma ética.⁴ A autora diz que dentro da percepção sociológica de Durkheim, a sociedade é um organismo cujas partes têm funções definidas e precisam operar em conjunto para manter seu bom funcionamento, podendo entrar em colapso caso uma das partes não funcione corretamente – gerando assim o conceito de anomia, que é a ausência ou violação de regras e normas da sociedade.⁵ Por isso sua preocupação com as ideias morais para nortear a conduta dos indivíduos.

A religião como um sistema normativo e de controle social, regula a vida social por meios de regras. Como um fenômeno social, nas palavras de Peter Berger, “a religião é o

³ DURKHEIM, Émile. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 24.

⁴ RODRIGUES, Elisa. Insights teóricos a partir de dois clássicos das Ciências Sociais da Religião: Dürkheim e Weber. *Estudos de Religião*, v. 26, n. 42, p. 156-171, 2012. p. 160.

⁵ RODRIGUES, 2012, p. 160.

empreendimento humano pelo qual se estabelece um cosmos sagrado”⁶, com objetivo de manter o controle social e evitar a possibilidade de anomia - pois “o cosmo sagrado, que transcende e inclui o homem na sua ordenação da realidade, fornece o supremo escudo do homem contra o terror da anomia”⁷. Nessa relação com o sagrado Frank Usarski diz que a religião é uma manifestação complexa e diversa constituída por um sistema simbólico e caracterizada pela afirmação da existência de um poder superior ao homem, composta por várias dimensões (fé, instituição, ritual, experiência religiosa e ética) que dão sentido à vida, pois tem funções individuais e sociais.⁸

José Carlos Pereira afirma que a igreja (o autor fala especificamente da Igreja Católica Romana) é uma instituição que influencia nas relações que oportunizam a exclusão e a inclusão, pois tem funções sociais devido à influência psicológica que exerce aos fiéis a partir do momento em que esses confiam nos ritos, rituais e sacramentos com objetivo de melhorar suas relações sociais.⁹ Considerando então que a religião tem o poder de influenciar na vida do indivíduo e da sociedade, trataremos sobre o Serviço Social enquanto uma profissão que surge como resultado de iniciativas religiosas no campo social em um período em que a modernidade e a secularização estavam se espalhando pela sociedade e a religião estava perdendo seu poder de controle social.

Inicialmente descreveremos a experiência profissional da autora como assistente social, abordando o trabalho realizado dentro do campo da saúde, em específico a saúde mental no trato da dependência química em entidades pública e privada – com destaque para o trabalho desenvolvido em comunidades terapêuticas. Em seguida abordaremos sobre a gênese do Serviço Social no Brasil dentro do contexto político e social da época, com ênfase na questão religiosa e influência da religião na estruturação da profissão e formação profissional desde as primeiras escolas de Serviço Social até a atualidade. Pretende-se mostrar como a igreja ajudou a construir o perfil do trabalhador que foi designado para lidar com os problemas de ordem social no Brasil.

⁶ BERGER, Peter. *O Dossel Sagrado*. São Paulo: Paulinas, 1985. p. 38.

⁷ BERGER, 1985, p. 40.

⁸ USARSKI, Frank. *Constituintes da Ciência da Religião: cinco ensaios em prol de uma disciplina autônoma*. São Paulo: Paulinas, 2006. p. 125.

⁹ PEREIRA, José C. Religião e poder: os símbolos do poder sagrado. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 3, p. 80-107, 2008. p. 85.

1.1 A experiência profissional como ponto de partida

Nesta seção explanaremos sobre a prática profissional da autora enquanto assistente social no campo da saúde mental, mais especificamente no tratamento ao uso abusivo de substância psicoativa (SPA) - dependência química. No decorrer da trajetória profissional foram oportunizados trabalhos em diferentes contextos no tratamento ao uso abusivo de SPA: comunidade terapêutica, clínica psiquiátrica e atendimento em serviço público voltado para população em uso de drogas. Em todos os campos de trabalho foi observada a manifestação da espiritualidade e/ou religião, em maior ou menor grau, como um recurso terapêutico no tratamento da dependência química (trataremos sobre a espiritualidade mais à frente).

A primeira experiência profissional em saúde mental foi no ano de 2012 em um Centro de Reabilitação de Dependentes Químicos, localizado na região metropolitana do Estado do Espírito Santo. A instituição funcionava em moldes de comunidade terapêutica atendendo a pacientes de forma particular, por convênio com planos de saúde e credenciada à Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA).¹⁰ Nessa época, por se tratar de comunidade terapêutica, a equipe técnica de profissionais era composta por assistente social, psicólogo e profissional treinado em prática de aconselhamento, conhecido como conselheiro em dependência química, seguindo as diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 29/ 2011, “que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”¹¹ da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Até o ano de 2018 a instituição atendia apenas pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência química - conforme a Lei Nº 10.216/ 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”¹², por meio de internação voluntária. O plano terapêutico inspirado no Método Minnesota e na filosofia dos Doze Passos dos grupos de mútua ajuda de

¹⁰ O Sistema Único de Saúde (SUS) pode credenciar instituições de iniciativa privada a fim de pleitear vagas que serão custeadas pelo SUS, conforme artigo 24 da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências: “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.”

¹¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 29 de 30 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 125, p. 62, 01 jul. 2011.

¹² MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Casa Civil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. *Diário Oficial Eletrônico*: p. 2, 09 abr. 2001.

Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), não envolvia o tratamento religioso de base confessional, sendo assim, a instituição não se classificava como uma comunidade terapêutica religiosa e não promovia cultos, leituras bíblicas ou prática da oração – apenas a Oração da Serenidade, que é utilizada em salas de grupos de mútua ajuda como uma prece, independente da religiosidade ou a ausência de religiosidade do membro que frequenta o grupo e que auxilia no objetivo da manutenção da sobriedade.¹³

Em 2019 a instituição passou a atuar como clínica especializada no tratamento em regime de internação para adultos com transtornos mentais e comportamentais incluindo os decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, através de internações de curta duração. Passou a oferecer, além do atendimento psicossocial, uma estrutura clínica composta por médico psiquiatra, clínico geral, equipe de enfermagem, farmacêutico, dentre outros. Foi credenciada pela SESA/ ES através do edital de credenciamento “de instituições privadas (com fins lucrativos e sem fins lucrativos) prestadoras de serviços de saúde, [...] do sistema único de saúde do Estado do Espírito Santo”¹⁴ passando a atender pacientes por internação compulsória e incluindo o tratamento de transtornos mentais além da dependência química.

Em novembro de 2020 foi encerrado o ciclo de trabalho no Centro de Reabilitação de Dependentes Químicos para trabalhar em contrato de designação temporária como servidora pública do Estado do Espírito Santo no Programa Estadual de Ações Integradas Sobre Drogas (PESD) – Rede Abraço, integrando a equipe de Reinserção Social. A Rede Abraço é um programa de governo que visa o cuidado de pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e que se sustenta em quatro eixos: prevenção, tratamento, reinserção social, e estudos, pesquisas e avaliações.¹⁵ O Programa oferece ações de cuidado e tratamento ao indivíduo que sofre de problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, com disponibilidade de cuidado nas modalidades de acompanhamento ambulatorial: grupos, atendimentos psicossociais, atendimentos médicos - clínicos gerais e específicos voltados para atendidos e seus familiares¹⁶, e encaminhamento a Comunidades Terapêuticas (CTs) credenciadas ao Programa através de edital público.

O atendimento em comunidade terapêutica é uma modalidade de intervenção de adesão voluntária, sendo as comunidades terapêuticas compreendidas:

¹³ JUNAAB – Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil. *Vivendo Sóbrio*. 2017. p. 22

¹⁴ ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. *Edital de Credenciamento Nº 006/2018*. [n.p.].

¹⁵ ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Programa Estadual de Ações Integradas Sobre Drogas - Rede Abraço*. Vitória, 2020b. p. 06.

¹⁶ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2020b, p.28.

[...] como estabelecimentos de atenção especializada na modalidade acolhimento residencial não hospitalar de caráter transitório, destinados a oferecer acolhimento em caráter voluntário a pessoas adultas clinicamente estáveis por meio de equipe multidisciplinar, com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade e risco, visando oferecer ambiente de proteção social e de cuidado integral como estratégia complementar ao cuidado, a assistência e a proteção a estes usuários.¹⁷

Dentre as diretrizes do PESD está à regulamentação de normas de funcionamento das comunidades terapêuticas credenciadas com base no conhecimento científico, com objetivo de coibir ações de conversão religiosa e de caráter doutrinário (como práticas de tratamento baseados somente na leitura de livros sagrados, cultos, missas e orações), bem como violações de direitos humanos, incluindo o desrespeito a liberdade religiosa, “mas sem negar o lugar da espiritualidade na experiência humana e sua possível contribuição no processo de tratamento”¹⁸.

Para tanto, o Edital N° 001 do ano de 2018¹⁹ para credenciamento “de entidades privadas sem fins lucrativos, prestadoras de serviço de atenção especializada às pessoas que apresentam problemas associados ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas”²⁰, coloca como uma das obrigações para a comunidade terapêutica a ser credenciada o desenvolvimento de “atividade de espiritualidade, sem discriminação de credo, que promovam a dimensão da pessoa humana que traduz a busca da plenitude da sua relação de bem estar espiritual na forma que cada indivíduo concebe”²¹, sob risco de descredenciamento em caso de descumprimento das condições estabelecidas no regulamento. O Edital também estabelece as diretrizes para o estabelecimento do Plano Terapêutico e Social (PTS) a ser executado pelas comunidades terapêuticas credenciadas ao afirmar que “o método a ser desenvolvido, preferencialmente, deverá ser baseado no Modelo Minnesota (Doze Passos) e no tripé da Espiritualidade, Convivência e Laborterapia”²². O Edital não estabelece normas e ações para o desenvolvimento da espiritualidade durante o acolhimento na comunidade terapêutica.

É obrigatória a contratação de um profissional de Serviço Social para formação da equipe técnica da comunidade terapêutica, sendo uma das atribuições do/a assistente social

¹⁷ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2020b, p. 28-29.

¹⁸ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2020b, p. 32.

¹⁹ Em maio de 2022 a SESD lançou novo Edital de Credenciamento - N° 01/ 2022 contemplando mudanças que não alteram o teor da nossa pesquisa, considerando que a pesquisa foi realizada durante a vigência do edital anterior.

²⁰ ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Edital de Credenciamento N° 001*. 2018. p. 01

²¹ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2018, p. 08.

²² ESPÍRITO SANTO (Estado), 2018, p. 20.

desenvolver ações que promovam a reinserção social do indivíduo acolhido na comunidade terapêutica.²³ Visando o desenvolvimento da reinserção social do público atendido pela Rede Abraço, o PESD também estabeleceu a criação da Equipe de Reinserção Social “para garantir suporte e realizar atendimentos e acompanhamentos dos atendidos em processo de reinserção social compreendendo suas demandas e singularidades”²⁴. Para tanto, foi lançado em 2020 o Plano Geral de Reinserção Social, com “objetivo de ordenar ações que potencializem o resgate da autonomia dos sujeitos acompanhados, de modo à empoderá-los para a reconstrução de sua identidade e fortalecimento em sua rede de sociabilidade durante a reinserção social”²⁵.

Uma das atribuições da Equipe de Reinserção Social, é realizar “visitas nas Comunidades Terapêuticas credenciadas com objetivo de acompanhar, orientar, monitorar, implementar e executar as ações, articulações, encaminhamentos e os instrumentos estabelecidos”²⁶, conforme determinado no Plano Geral. Até agosto de 2021 a Rede Abraço contava com cinco comunidades terapêuticas credenciadas, todas desenvolvendo um Projeto de Reinserção Social elaborados pela equipe da própria comunidade terapêutica (que esteja em conformidade com o Plano Geral de Reinserção Social) tendo como objetivo a promoção de ações e atividades de reinserção social do indivíduo durante o período de acolhimento na comunidade terapêutica, com objetivo de auxiliar o acolhido em seu plano de reabilitação e projeto de vida.

Os projetos de reinserção social elaborados pelas comunidades terapêuticas devem contemplar três eixos principais: Fortalecimento de vínculos familiar e do território; Qualificação profissional voltada para o trabalho, emprego e renda; Educação e Cidadania.²⁷ A ideia de potencializar no atendimento em comunidade terapêutica ações que promovam a reintegração do indivíduo à sociedade é essencial, visto que muitas vezes a exclusão social se dá desde o vínculo familiar rompido, até a dificuldade de (re) inserção ao mercado de trabalho. O processo de reinserção social é a parte mais complexa do tratamento, pois ainda que o indivíduo esteja comprometido com sua reabilitação, também é necessário o funcionamento das políticas públicas existentes, bem como dos equipamentos e serviços de assistência social e saúde (conforme organizados pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e Sistema Único de Saúde (SUS) que possam auxiliar nesse processo. Percebe-se

²³ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2018, p. 23.

²⁴ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2020b, p. 44-45.

²⁵ ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Plano Geral de Reinserção Social*. Vitória, 2020a. p. 20.

²⁶ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2020a, p. 17.

²⁷ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2020a, p. 11.

então que o tratamento da dependência química vai além da ideia de manutenção da abstinência, mas parte também da reabilitação psicossocial e na ausência de sua ocorrência pode associar o indivíduo à dependência.

O Projeto de Reinserção Social do acolhido em comunidade terapêutica deve iniciar logo no início do seu plano de reabilitação, contando com atividades que promovam o estabelecimento ou restabelecimento de vínculos do acolhido com sua família²⁸ através de visitas e acompanhamento familiar²⁹, articulação com os serviços e equipamentos públicos e privados existentes em seu território de origem (ou para onde irá depois de sua saída da CT) que será responsável pela continuidade do acompanhamento psicossocial, incentivo para busca de apoio social e comunitário nas organizações da sociedade civil (incluindo grupos religiosos e de mútua ajuda, conforme a singularidade de cada acolhido), viabilização de segunda via de documentação civil (caso necessário), incentivo para a elevação do grau de escolaridade, promoção de qualificação profissional e ações de encaminhamento ao mercado de trabalho, como, por exemplo: elaboração de currículo, treinamento para entrevistas, cadastro no Sistema Nacional de Empregos (SINE).

Como dito anteriormente, parte do trabalho da Equipe de Reinserção Social é acompanhar as comunidades terapêuticas no desenvolvimento dos seus projetos de reinserção social e para tanto são realizadas visitas mensais em cada uma das cinco comunidades terapêuticas credenciadas. Durante as visitas é possível observar o espaço das comunidades terapêuticas, a rotina e convivência dos acolhidos, bem como parte do atendimento realizado em grupo. As comunidades terapêuticas possuem princípios similares, apesar de se diferenciarem em alguns aspectos de organização. Um traço característico entre todas as comunidades terapêuticas credenciadas é a promoção de atividades com preceitos religiosos cristãos, como: oração, realização de cultos, estudos bíblicos, cânticos religiosos etc., destacando a disciplina e a espiritualidade como aspectos importantes do tratamento.

Conforme descrito no PESD, o Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD) é o equipamento de acesso aos serviços da Rede Abraço³⁰ e o encaminhamento para acolhimento voluntário nas comunidades terapêuticas credenciadas é realizado após o protocolo de atendimento no CAAD. O atendimento é realizado por demanda espontânea, agendamento e articulação/encaminhamento dos equipamentos e serviços de

²⁸ A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) nos apresenta o seguinte conceito de família: “um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou, de solidariedade” (PNAS, 2004, p.41).

²⁹ A relação e dinâmica familiar pode ser um aspecto protetor, como também pode ser um fator de risco e vulnerabilidade ao uso de substâncias psicoativas e por isso é importante o acompanhamento à família.

³⁰ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2020b, p. 64-65.

saúde e assistência. Antes de o indivíduo ser inserido na comunidade terapêutica, ele passa por avaliação multiprofissional por meio de atendimento psicossocial, médico clínico geral e psiquiatra, exames clínicos e até mesmo atendimento individual e em grupo (conforme a singularidade do caso de cada atendido). Dependendo da avaliação médica, a pessoa assistida pode ser encaminhada para desintoxicação através de internação hospitalar. A família também pode receber acolhimento por meio de atendimento psicossocial e em grupo. Por ser um programa de governo, a Rede Abraço atende aos moradores de todos os municípios que compõem o Estado do Espírito Santo.

Dentre as cinco comunidades terapêuticas credenciadas, duas estão localizadas na região da Grande Vitória³¹ em área afastada do centro urbano e as outras três em área rural. Como forma de acesso às instituições é possível chegar por meio de transporte público coletivo nas comunidades terapêuticas localizadas em área urbana, com circulação escassa de linhas e horários de ônibus. Nas demais instituições o acesso é apenas com uso de transporte particular. Percebe-se assim a dificuldade de deslocamento e acesso até as comunidades terapêuticas, fator que pode prejudicar as visitas dos familiares aos acolhidos, bem como os encaminhamentos e articulações ligados à reinserção social, como, por exemplo: consultas nos equipamentos de saúde, atividades de âmbito escolar, retirada de documentos civis. Caso a comunidade terapêutica não tenha recursos para a realização das atividades externas, é possível solicitar o apoio da família para o deslocamento até os equipamentos e serviços e articular a prestação de assistência junto ao município onde está localizada. Porém, nos casos em que a família não tenha recursos financeiros ou disponibilidade para deslocamento até a instituição devido à distância, o acolhido será prejudicado.

Todas as comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço apresentam em seu plano terapêutico e rotina diária práticas religiosas cristãs como parte do tratamento, porém se diferenciam de acordo com as particularidades de cada instituição. Das cinco instituições credenciadas, uma está ligada à Igreja Católica Romana e as demais representam grupos evangélicos. Algumas atividades realizadas nessas instituições para o desenvolvimento da espiritualidade são: reza do terço, grupos “terapêuticos” mediados por pastores e realização de culto como parte do plano de tratamento e rotina semanal – além do estudo da programação dos Doze Passos, que é reconhecido como um conjunto de princípios espirituais.

³¹ A região metropolitana da Grande Vitória é composta por sete municípios: Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. Apesar de localizados em região metropolitana, devido a sua extensão esses municípios possuem área urbana e rural.

Importante observar que em um país majoritariamente declarado católico, apenas uma instituição católica está credenciada a um programa de governo que presta atendimento socioassistencial para a população, sendo as demais instituições associadas às igrejas evangélicas. Tal fato pode ser explicado pelo crescimento vertiginoso do pentecostalismo nas últimas décadas no Brasil, em especial no estado do Espírito Santo. Ao pensarmos no contexto de tratamento da dependência química, percebemos que “a ética e as regras de conduta dos pentecostais [...] seguem de modo geral, o puritanismo, o ascetismo e o conservadorismo [...]”³² e que tal ideologia também está presente na lógica de tratamento promovido em comunidades terapêuticas.

Outro ponto de destaque é que apesar da existência de políticas públicas específicas para o tratamento da dependência química que não envolve a relação do Estado laico com instituições religiosas, a criação do Programa Rede Abraço privilegia o financiamento com recurso público a entidades particulares vinculadas de forma indireta com igrejas e líderes religiosos. Percebe-se que essas instituições atrelam o desenvolvimento da espiritualidade com práticas de cunho religioso – o que de certa maneira contraria o Edital de Credenciamento, que coíbe o proselitismo religioso. Adiante veremos que a relação do Estado com a Igreja no desenvolvimento de ações para o trato de problemas sociais e de saúde não é novidade e está vinculado a história do Serviço Social.

1.2 Serviço Social no Brasil

O surgimento e desenvolvimento do Serviço Social brasileiro tem como ponto central a identificação com valores de base religiosa, em específico o cristianismo, que emoldura a formação histórica da profissão dada à relação entre o Serviço Social e a Igreja Católica Apostólica Romana. Tem como referencial o Serviço Social europeu e está relacionado à conjuntura social, econômica e política do país na época. A profissão tem como base a formação doutrinária e moral dos profissionais seguindo os pressupostos da Igreja Católica Apostólica Romana e imprimindo à profissão um caráter de apostolado baseado em princípios cristãos com objetivo de controle, impulsão do desenvolvimento do indivíduo e da comunidade.

A religião tanto está inserida na vida particular e social do indivíduo, como também faz parte da história das instituições e da relação com o Estado – como no caso da gênese do

³² DALGALARRONDO, 2008, p. 121.

Serviço Social. Podemos citar Tânia Maria de Carvalho Câmara Monte quando a mesma diz que a religião serve como instrumento de controle social e de manutenção da ordem devido à regulação moral da sociedade para entender como a Igreja Católica Apostólica Romana e o Estado se aliaram para em conjunto educar a população por meio do Serviço Social.³³ O campo religioso brasileiro, segundo Pierre Sanchis, é marcado pela diversidade e o cristianismo constitui “o filão mais tradicional e quase substantivo da história religiosa do Brasil”³⁴. O cristianismo brasileiro, instituído pela Igreja Católica Apostólica Romana e atualmente com forte representação das igrejas protestantes (ou evangélicas), possui uma hegemonia simbólica e político-institucional histórica capaz de influenciar não somente nas relações sociais, como também na política.

No passado a relação da igreja com a sociedade se limitava a relação Igreja e Estado, pois o governo representava a vida social e política e tinha o poder para garantir o bem-estar dos cidadãos. Mario de França Miranda explica que o Estado, representado pela monarquia, “considerava a religião como um componente natural e necessário à vida humana, parte da vida social e política que devia ser reconhecida e cuidada”³⁵. A igreja, como uma entidade de direito autônoma, também tinha poder indireto sobre a sociedade, visto que não se separava o setor espiritual do setor civil e por isso tinha o poder de intervir no âmbito político. O autor citado diz ainda que com a Reforma Protestante e a divisão do cristianismo “os Estados ganham maior consciência de sua soberania, procurando enquadrar a igreja sob sua tutela”³⁶, mas somente com a Revolução Francesa houve o fim da fundamentação religiosa do Estado. Entretanto, a igreja ainda ditava a moralidade geral para a sociedade.

Quanto ao Serviço Social, em suma, emerge no contexto histórico da Revolução Industrial e consolidação do capitalismo industrial. A chegada da industrialização e o novo modelo econômico provocaram grande transformação social e nas relações de trabalho. A decomposição da propriedade comunal provocou o êxodo rural de famílias inteiras para as cidades à procura de trabalho. Maria Lucia Martinelli explica que com a mudança do cenário econômico e familiar, homens, mulheres e crianças passaram a fazer parte na organização do trabalho industrial, provocando o aumento da classe trabalhadora e excedendo a demanda por mão de obra - o que gerou uma crise na oferta de empregos e consequentemente o aumento da

³³ MONTE, Tânia Maria de C. C. A Religiosidade e sua Função Social. *Revista Inter-Legere*, n. 5, p. 249-255. p. 252.

³⁴ SANCHIS, Pierre. As religiões dos brasileiros. *Revista Horizonte*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 28-43, 1997. p. 29.

³⁵ Miranda, Mario de F. Igreja e sociedade na *Gaudium et Spes* e sua incidência no Brasil. *Revista Eclesiástica Brasileira*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 261, p. 89-114, 2006. p. 90.

³⁶ Miranda, 2006, p. 92.

pobreza e dos riscos sociais (incluindo alcoolismo e violência), pois a população mais pobre não tinha acesso a boas condições de saúde, habitação e qualidade de vida, o que implicou em novas demandas de serviços de atendimento social.³⁷ A autora explica que, ao longo dos anos, a população trabalhadora passou a pressionar por maior participação política e busca por direitos trabalhistas.³⁸

A professora Marilda Vilela Iamamoto nos diz que a esse conjunto de problemas de ordem política, social e econômica é dado o nome de questão social – sendo a questão social o conjunto de expressões surgidas no processo de formação e desenvolvimento no cenário político da sociedade, que definem as desigualdades sociais e que exigem outros tipos de intervenção além da caridade e da repressão.³⁹ Maria Lucia Martinelli expõe que diante da revolta da população em busca de melhores condições de vida, os donos de fábrica e empregadores se aliaram a Igreja e ao Estado com objetivo de controlar a população mais pobre e diminuir a revolta em busca de melhores condições de vida, apoiando práticas filantrópicas como forma de enfrentamento aos problemas sociais na intenção de desmobilizar as reivindicações coletivas.⁴⁰ Dessas práticas, bem como de organizações de caridade que surgiram posteriormente, nasce o Serviço Social, revelando-se, segundo Maria Lucia Martinelli, “como uma prática humanitária sancionada pelo Estado e protegida pela Igreja, como uma mistificada ilusão de servir”⁴¹. Tal aliança atravessou a esfera do tempo e do espaço, servindo de referencial para o nascimento da profissão no Brasil, de acordo com a conjuntura histórica e questão social brasileira.

A fim de justificar a forte influência da Igreja na sociedade, convém dizer que o fenômeno religioso é essencialmente comunitário e “o ser humano religioso é aquele que, em sua atitude e no seu comportamento, vive a ação daquela *força* transcendente, manifestada nas coisas ou em determinados seres”⁴². Para o ser humano religioso a prática religiosa não se reduz ao ritual, mas também se manifesta na ordem social e, portanto, a experiência religiosa determina as normas morais e comportamentais do grupo instituindo a ética e moralidade. Em se tratando de um país onde a tradição cristã sempre teve um papel crucial como fundamento de comportamento, costumes e crenças desde a colonização, o trabalho social no Brasil pós-

³⁷ MARTINELLI, 2000, p. 70.

³⁸ MARTINELLI, Maria Lúcia. *Serviço Social: identidade e alienação*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 33.

³⁹ IAMAMOTO, Marilda. V.; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2006. p.77.

⁴⁰ MARTINELLI, 2000, p. 65.

⁴¹ MARTINELLI, 2000, p. 66.

⁴² CROATTO, José Severino. *As linguagens da experiência religiosa: uma introdução à fenomenologia da religião*. 3 ed. São Paulo: Paulinas, 2010. p. 53.

período imperial continuou sob responsabilidade da Igreja Católica Romana – apesar de ela ter perdido a influência anterior que possuía.

No Brasil, o Serviço Social surgiu dentro do contexto político social dos anos 1930 e é fruto da ação social desenvolvida pela Igreja Católica Romana. Após a Proclamação da República foi decretada em 1890 a separação entre Igreja e Estado, com a proibição de regulamentos ou atos administrativos sobre religião e abolido o padroado⁴³, diminuindo a influência do catolicismo. Com a queda da República Velha foi dado início ao ciclo de mobilização do movimento católico laico.⁴⁴ O episcopado brasileiro, com destaque para a atuação de Dom Sebastião Leme, tem como preocupação inicial a formação do laicato com objetivo de restaurar a sociedade cristã e reforçar os valores religiosos. O Cardeal busca a formação religiosa a partir do envolvimento das elites, em busca de maior importância pública da Igreja e oferece apoio ao governo de Getúlio Vargas (no surgimento do Estado Novo) em troca dos privilégios perdidos.

Marilda V. Yamamoto e Raul de Carvalho explicam que Dom Leme não aceitou a perda de influência da Igreja Católica Romana nas decisões públicas e em 1916 escreveu uma carta pastoral em que “exige [...] a legitimação jurídica do acesso da Igreja ao ensino público, a obras e entidades de caráter de interesse público – e através desses, aos cofres públicos – a superioridade da Igreja ao Estado”⁴⁵. Nessa carta expõe também as ações a serem tomadas com objetivo de recuperar a influência da igreja, sendo a formação e mobilização do laicato parte fundamental. Essa formação se dará pela Confederação Católica, fundada em Olinda e no Rio de Janeiro. Para comemorar o crescimento da fundação, foi realizada a Semana de Ação Católica (em 1928). Em 1932 foi desenvolvido junto à juventude feminina um curso em que constavam nos assuntos a Doutrina Social da Igreja e sobre a Ação Católica. Desse curso surge o primeiro grupo de Ação Católica, no Rio de Janeiro, com o nome Juventude Feminina Católica.⁴⁶ Todo esse trabalho é a antecipação da Ação Católica (preconizada pelo Papa Pio XI em suas encíclicas *Rerum Novarum* e *Quadragesimo Anno*⁴⁷), que, antes de tudo, é uma ação educativa com objetivo de “formar o laicato católico para colaborar na ação sublime da

⁴³ BRASIL. Decreto nº 119-A, de 07 de janeiro de 1890.

⁴⁴ Cesar Ranqueta Junior define o termo laico, quando nos diz que: “A expressão laicidade deriva do termo laico, leigo. Etimologicamente laico se origina do grego primitivo *laós*, que significa povo ou gente do povo. De *laós* deriva a palavra grega *laikós* de onde surgiu o termo latino *laicus*.” Dessa forma, laico é o que ou aquele que não faz parte do clero. RANQUETA JUNIOR, Cesar A. *Laicidade, laicismo e secularização*: definindo e esclarecendo conceitos. Periódicos da Universidade Federal de Santa Maria, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2008.

⁴⁵ IAMAMOTO; CARVALHO. 2006, p. 143.

⁴⁶ AGUIAR, Antônio Geraldo de. *Serviço Social e Filosofia*: das origens a Araxá. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 20- 23.

⁴⁷ *Rerum Novarum*, de 1891, divulgada pelo Papa Leão VIII e *Quadragesimo Anno*, de 1931, por Pio XI.

Igreja – salvar almas pela cristianização dos indivíduos, da Família e da Sociedade”⁴⁸, segundo nos diz Antônio Geraldo de Aguiar.

A Doutrina Social da Igreja entende a sociedade como corpo de Cristo: um corpo com diferentes membros que se completam, onde a cabeça do corpo é Cristo. Nesse entendimento, tudo que ferir a unidade social é injusto (como, por exemplo, a luta de classes e a força da livre concorrência).⁴⁹ As encíclicas papais são a ligação entre a Igreja Católica Romana e a formação das primeiras escolas de Serviço Social. Segundo Silvio Marcio G. Oliveira, a encíclica *Rerum Novarum* estabelece as condições para que a Igreja Católica Romana possa debater a questão social que emergiu com a Revolução Industrial e o movimento organizado da classe trabalhadora em sindicatos, movimentos laicos e partidos políticos de orientação socialista.⁵⁰ A *Quadragesimo Anno* preocupava-se com a disseminação do Comunismo e:

[...] a secularização, uma vez que a separação (ou a completa abdicação) da influência da Igreja Católica e a predominância de uma visão mais ‘antropocêntrica’ colocavam em xeque a forte influência política, social e teológica da Igreja em relação a essa tomada divergente de visão dos novos atores sociais em relação à predominância dos valores teocráticos da Igreja Católica, que agora tem que disputar posição com valores laicos e seculares.⁵¹

Com objetivo de manter sua hegemonia, a Igreja Católica Romana buscou por meio da ação do laicato manter o controle social através da assistência aos pobres e combatendo também a ação de outras instituições assistencialistas, como o Espiritismo Kardecista, que, segundo Silvio Marcio G. Oliveira:

[...] também têm em suas convicções a questão de ajuda mútua aos pobres, pois a caridade era a virtude máxima desta doutrina, o que justificava, de certo modo, o interesse contínuo pelas obras assistenciais, com forte influência não só neste campo, mas também no campo educacional, ao ponto de colocar a Igreja Católica nas trincheiras do combate à concorrência assistencialista dos kardecistas, considerada pelo clero católico como sendo ‘satânicas mentiras do espiritismo’.⁵²

O trabalho beneficente desenvolvido por mulheres católicas na área social foi fundamental para o objetivo da Igreja Católica Romana, principalmente o de mulheres pertencentes a famílias de classe social alta, como as Damas de Caridade. As instituições assistenciais que surgem nesse período, como a Associação das Senhoras Brasileiras, criada em 1920 no Rio de Janeiro, e a Liga das Senhoras Católicas (1923) em São Paulo têm em vista

⁴⁸ AGUIAR, 1995, p. 23.

⁴⁹ COLLA, Ana Claudia. *A noção de justiça do Serviço Social brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. p. 85.

⁵⁰ OLIVEIRA, Silvio Márcio G. *Serviço Social, religiosidade e defesa da laicidade*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018. p. 35.

⁵¹ OLIVEIRA, 2018, p. 36.

⁵² OLIVEIRA, 2018, p. 28.

não o socorro aos indigentes, mas promovem atividades de caridade com objetivo principal de atender e atenuar sequelas do desenvolvimento capitalista, apresentando um viés assistencial e paternalista.⁵³

É dentro dessa visão da igreja que surgem as primeiras Escolas de Serviço Social no Brasil, tendo como referencial o Serviço Social Europeu – com a importação de ideias, que foram ajustadas a conjuntura histórica e política do país.⁵⁴ A Igreja Católica Romana, em seu projeto de reforma social através da promoção da caridade e difusão de sua doutrina social, assume a luta contra a desigualdade social. O Estado alia-se a igreja de forma estratégica na intenção de minimizar os problemas sociais e o clima de manifestação entre os trabalhadores. As práticas assistenciais desenvolvidas e os eventuais benefícios concedidos aos trabalhadores tinham como objetivo abafar as manifestações coletivas de reivindicação dos trabalhadores.⁵⁵

Para qualificar os agentes da prática social, a Igreja Católica Romana promoveu cursos de formação social e semanas sociais realizadas pela Ação Católica, voltados principalmente para as mulheres das classes média e alta da sociedade. Na finalização de um dos cursos, as participantes apelaram para a criação de uma organização que promovesse uma formação mais técnica e especializada da trabalhadora social, dessa forma nasceu o Centro de Estudos e Assistência Social de São Paulo (CEAS), de modo que as trabalhadoras formadas passaram a intervir juntamente ao proletariado.⁵⁶ Além de atuar nas ações promovidas pela igreja, essas trabalhadoras passam a atender demandas de instituições estatais, como nos diz Iamamoto e Carvalho:

Assim, a demanda por essa formação técnica especializada crescente terá no Estado seu setor mais dinâmico, ao mesmo tempo em que passará a regulamentá-la e incentivá-la, institucionalizando sua progressiva transformação em profissão legitimada dentro da divisão social-técnica do trabalho.⁵⁷

O CEAS funda a primeira escola de Serviço Social de São Paulo em 1936. Em âmbito Federal, em 1938 o Serviço Social foi organizado como uma estrutura de serviço público para dar assistências às pessoas e famílias socialmente desajustadas.⁵⁸ Em 1937 foi criada a Escola de Serviço Social no Rio de Janeiro e até 1950 outras escolas foram criadas em Natal, Belo Horizonte e Porto Alegre. Todas com influência direta da Igreja Católica Apostólica Romana

⁵³ IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 166.

⁵⁴ MARTINELLI, 2000, p. 122.

⁵⁵ MARTINELLI, 2000, p. 124.

⁵⁶ IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 168.

⁵⁷ IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 176.

⁵⁸ SENADO FEDERAL, 1938.

e sob a ideia de formação do laicato para difusão da doutrina social da igreja.⁵⁹ A Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS)⁶⁰, conforme cita Antônio Geraldo de Aguiar, foi extremamente importante para a organização das escolas de Serviço Social e formação do profissional brasileiro. A formação cristã do profissional foi objeto de estudos e pesquisas da ABESS, tendo como temas de destaque nas convenções a questão da “formação cristã em suas dimensões moral e espiritual” e discussões sobre os princípios da doutrina católica, da filosofia tomista, a importância da aula de religião na grade curricular dos cursos, a missão do profissional como pregador do cristianismo humanizante, a formação da personalidade do/a assistente social nos aspectos psicológico, moral e espiritual.⁶¹

Sendo uma profissão composta principalmente por mulheres, um aspecto importante da formação era a preocupação com a moralidade do/a assistente social. Dentro de uma discussão filosófica, a moral (como sinônimo de ética no plano conceitual) descreve a organização da liberdade humana por meio dos “hábitos, costumes, comportamentos, tradições, transgressões, interações entre natureza humana e cultura (*nature* e *nurture*) e regras de convívio”⁶², segundo Luis Felipe Pondé, com objetivo de desenvolver nossa capacidade de julgar e punir comportamentos. Considerando que a profissão era assumida como vocação baseada em princípios cristãos, a preocupação com a moral do/a assistente social era um aspecto importante para a formação doutrinária devido a necessidade de o/a assistente social manter um padrão de comportamento coerente com o que a Igreja prega. A fim de garantir a organização da liberdade humana seguindo os padrões ditados pela Igreja, o caráter ideológico da doutrina católica era reafirmado pelo corpo docente das Escolas de Serviço Social, que era constituído por professores católicos praticantes.⁶³

Como dito, as protoformas do Serviço Social brasileiro têm como aporte teórico para explicar a realidade social a Doutrina Social da Igreja, que por sua vez é direcionada pela filosofia neotomista (baseada no pensamento de São Tomás de Aquino – tomismo⁶⁴). Antônio Geraldo de Aguiar destaca alguns aspectos da filosofia tomista que estão presentes na formação do/a assistente social, tais como: visão de pessoa humana - o ser humano é distinto

⁵⁹ AGUIAR, 1995, p. 29-30.

⁶⁰ A partir de 1996 a entidade passou a se chamar ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Disponível em <https://www.abepss.org.br/quem-somos-1>. Acesso em: 26/03/2022.

⁶¹ AGUIAR, 1995, p. 37-39.

⁶² PONDÉ, Luís Felipe. Religião e ética. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p. 162.

⁶³ IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 224.

⁶⁴ O tomismo é uma doutrina filosófica e teológica da Idade Média que liga o pensamento lógico e racional a fé cristã, sendo o neotomismo sua versão reeditada e adotada como pensamento oficial da Igreja Católica Romana a partir do Papa Leão XIII (séc. XIX).

pela racionalidade e responsável por seus atos e escolhas, bem como pelos seus fracassos; conceito de sociedade - o homem é um ser social e deve viver em sociedade, que por sua vez é a união dos homens com propósito de efetuar algo comum; bem-comum - a sociedade deve visar o bem comum e o bem-estar da sociedade se dá quando os seus benefícios são distribuídos a todos; e questão ética - para que haja o bem-comum é necessário o Estado, sendo este a autoridade imposta por Deus e por isso deve respeitar a Igreja, dessa forma não existe conflito entre fé e razão.⁶⁵ Os princípios neotomistas davam o entendimento o/a assistente social de que é dado ao homem a oportunidade de superar sua condição de miséria através do intelecto e “quando a situação não se resolvesse, deveria ser aceita como desígnio divino”⁶⁶.

A partir da década de 1940 a formação profissional passa a ter influência do Serviço Social norte-americano (devido ao estreitamento de relações do Governo de Vargas com os EUA) e as propostas de trabalho baseadas na teoria social positivista. Nesse ponto da história a procura por um número maior de profissionais de Serviço Social para implantação das políticas sociais do governo altera o contexto da categoria, pois o movimento laico não consegue atender a demanda e o resultado foi o ingresso de novos integrantes e, segundo nos diz Maria Lúcia Martinelli, “seus novos componentes não eram movidos apenas por ideais religiosos ou vocação para servir, [...] o que estava presente era a busca de qualificação profissional, de carreira remunerada e de melhores salários”⁶⁷. A profissão carecia de conhecimentos técnicos e teóricos para responder as necessidades de atendimento – pois até então as assistentes sociais da época estavam limitadas ao trabalho de intervenção orientado pela Doutrina Social da Igreja. Entretanto não houve uma ruptura com a ideologia católica, pois até a década de 1950 a filosofia tomista esteve aliada às técnicas norte-americanas.

As técnicas de trabalho importadas do contexto norte-americano foram o Serviço Social de Caso, Grupo e de Comunidade. É importante destacar que as técnicas importadas não se encaixavam com a realidade brasileira, visto que tal práxis foi criada para o trato do contexto social e econômico norte-americano. Maria Angela Rodrigues Alves de Andrade explica que o Serviço Social de Caso busca ajustar o indivíduo ao meio social no intuito de que ele cumpra seu papel no contexto social; o Serviço Social de Grupo tem uma perspectiva educacional e ajudava os indivíduos a se autodesenvolverem e a se ajustarem aos valores e

⁶⁵ AGUIAR, 1995, p. 41-43.

⁶⁶ OLIVEIRA, Wanderley C. de. *Elementos do Assistencialismo no Serviço Social brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2013. p. 31.

⁶⁷ MARTINELLI, 2000, p. 134.

normas no meio social em que estavam inseridos⁶⁸; no Serviço Social de Comunidade, “os princípios com relação ao conceito [...] são: a doutrina da pessoa humana, da comunidade e do bem comum”⁶⁹. Conforme explica Antônio Geraldo de Aguiar⁷⁰, tais técnicas são aplicadas dentro do espírito cristão, com ênfase católica e guiada pela filosofia social tomista, visto que a maioria das escolas no Brasil era de orientação católica.

A partir da década de 1950 temos a introdução da ideologia desenvolvimentista⁷¹, que permaneceu até 1960. Para Maria Angela Rodrigues Alves de Andrade, a introdução do Desenvolvimento de Comunidade:

[...] foi uma estratégia lançada para garantir a prosperidade, o progresso social e a hegemonia ideológica americana (capitalismo), cuja política visava preservar o mundo livre de ideologias não democráticas. Partindo do pressuposto de que as populações pobres têm maior receptividade ao comunismo julgava ser preciso melhorar e desenvolver o sistema capitalista.⁷²

Ainda na fase desenvolvimentista, a formação e atuação da/os assistentes sociais não se preocupavam com a visão de diferença de classes e desigualdade social, permanecendo a visão doutrinária da igreja no sentido de compreender os problemas de ordem social como desajustes, necessidade de integração e adaptação, conceitos de normalidade e anormalidade; na visão política o entendimento em relação ao desenvolvimento tem por base a expansão do capitalismo através do desenvolvimento econômico.⁷³

O Serviço Social brasileiro tem sua regulamentação legal no ano de 1957, através da Lei nº 3.252, publicada no Diário Oficial de 28 de agosto. Em 1962 formou-se o conjunto CFAS/CRAS (Conselho Federal de Assistentes Sociais e Conselho Regional de Assistentes Sociais), que, a partir de 1993, foi designado de conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social), como entidades de fiscalização da profissão. Em 1965 ocorreu a deflagração do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, inflamado por “agentes críticos” da profissão, em uma relação complexa entre

⁶⁸ ANDRADE, Maria Angela R. A. O metodologismo e desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro – 1947 a 1961. *Revista Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008. p. 276.

⁶⁹ AGUIAR, 1995, p. 61.

⁷⁰ Antônio Geraldo de Aguiar aponta que o Serviço Social de Caso foi o primeiro ensinado no Brasil, passando da corrente sociológica a psicológica, aplicado dentro do espírito cristão. O Serviço Social de Grupo assimila os princípios gerais de caridade e justiça, bem como aos princípios sobrenaturais do Corpo Místico de Cristo – sistematizada através da Encíclica *Mystici Corporis Christi*, de Pio XII. No Serviço Social de Comunidade, a Igreja Católica Romana é vista como modelo de comunidade, dessa forma a assistente social deve se empenhar para que se concretize a doutrina social católica. AGUIAR, 1995, p. 61-66.

⁷¹ “A ideologia desenvolvimentista em seu aspecto mais aparente e geral envolve a proposta de crescimento econômico acelerado, continuado e autossustentado. O problema central a resolver constitui-se em superar o estágio transitório do subdesenvolvimento acelerado e do atraso”. IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 340-341.

⁷² ANDRADE, 2008, p. 284.

⁷³ AGUIAR, 1995, p. 75.

alienação e crítica – profissionais incomodados com a forma como o Serviço Social era conduzido e profissionais que não percebiam necessidade de mudança na conjuntura profissional.⁷⁴

O processo de ruptura com o fazer profissional de viés conservador e de ideologia cristã promoveu mudanças significativas no Serviço Social brasileiro. A partir do entendimento do/a assistente social como parte da classe operária, os assistentes sociais passaram a lutar por direitos da profissão e dos assistidos. O exercício profissional e organização política foi tema de discussão no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), também conhecido como Congresso da Virada, com um conjunto de determinações que davam uma direção social a profissão. A partir da década de 1980 a profissão passa a ter um novo referencial teórico-metodológico com a teoria social marxista, sendo inserido na formação acadêmica de assistentes sociais brasileiros até os dias atuais.

Em 1993 foi construído o atual Código de Ética Profissional (antecedido pelos códigos de ética de 1947, 1962, 1975 e 1986). Uma nova lei de regulamentação legal da profissão foi sancionada nesse mesmo ano⁷⁵, conforme nos diz Maria Beatriz Costa Abramides: “sob as bases de uma concepção de profissão voltada para as demandas e interesses da classe trabalhadora no processo de consolidação da ruptura com o conservadorismo”⁷⁶. A partir do Código de Ética foi construído o Projeto Ético-Político Profissional (PEP) da categoria, que consolida a nova direção social da profissão.

Um dos princípios fundamentais do Código de Ética é o “exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade ou condição física”⁷⁷. Com a visão de romper com o conservadorismo, a formação do Serviço Social a partir da reconceituação entende que o Estado laico é uma conquista no campo dos direitos, de modo que o Estado não pode intervir sobre a liberdade religiosa do cidadão. Diferente da visão doutrinária e ideológica determinada à profissão em seu primórdio, o Serviço Social rompe com as tradições religiosas e a visão paternalista de políticas públicas, repudiando as práticas assistencialistas e de caridade no fazer profissional.

⁷⁴ MARTINELLI, 2000, p. 144.

⁷⁵ Lei n. 8.662, publicada no Diário Oficial da União em 7 de jun. 1993.

⁷⁶ ABRAMIDES, Maria Beatriz C. 80 anos de Serviço Social no Brasil: organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 127, p. 456-475, set./dez. 2016. p. 459.

⁷⁷ BRASIL. *Código de ética do/a assistente social*. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. p. 24.

Paralelo aos acontecimentos da história da profissão houve o Concílio Ecumênico do Vaticano II que lançou a Constituição Pastoral *Gaudium et Spes*, um importante documento da Doutrina Social da Igreja Católica Romana. O Concílio foi convocado pelo Papa João XXIII em 1961 com a proposta de se ocupar da salvação humana, produzir uma nova leitura de fé, vida, prática religiosa e luta por justiça social, a fim de romper com o conservadorismo da tradição cristã e apresentar-se ao mundo moderno estabelecendo uma nova hermenêutica teológica pastoral⁷⁸ O Concílio provocou um grande impacto na Igreja Católica Romana e no contexto brasileiro impulsionou maior organização pastoral da Igreja no Brasil, com lançamento da Campanha da Fraternidade⁷⁹ e nascimento de organizações pastorais. A Constituição *Gaudium et Spes* fundamenta toda doutrina social católica a partir de então com objetivo de promover transformação social por meio da evangelização.

A Constituição *Gaudium et Spes* aponta para as transformações sociais pelas quais a humanidade passa e a preocupação com os contínuos problemas sociais (fome, miséria, analfabetismo, vida econômica e social, condições de trabalho, etc.), enfatizando o tema referente a dignidade da pessoa humana e centralidade na pastoral comunitária – com importante atuação de leigos e leigas das igrejas.⁸⁰ O texto é dividido em duas partes, a primeira parte é exposta em quatro capítulos: o primeiro trata da dignidade da pessoa humana, o segundo fala sobre a comunidade humana, o terceiro diz sobre o sentido da atividade humana e o quarto trata sobre a função da Igreja no mundo atual. A segunda parte da *Gaudium et Spes* trata de vários problemas mais urgentes como a família, a cultura, a economia, a paz, a comunidade internacional e a comunidade política.

O Concílio do Vaticano II foi considerado uma nova etapa para a Igreja Católica Romana e foi fundamental para a Teologia da Libertação. A liberdade religiosa tem como fundamento a dignidade da pessoa humana, como expresso na *Gaudium et Spes* quando fala sobre a excelência da liberdade: “exige, portanto, a dignidade do homem que ele proceda segundo a própria consciência e por livre decisão, ou seja, movido e determinado pessoalmente de dentro e não levado por cegos impulsos interiores ou por mera coação externa”⁸¹. A pesquisadora Janete Jane Binoti explica em sua dissertação que a partir do Golpe Militar de 1964 houve maior envolvimento de parte do clero católico brasileiro com a questão social no Brasil, surgindo movimentos de contestação ao fim das liberdades

⁷⁸ BINOTI, Janete J. *Catolicismo atual: a teologia da libertação e a linha pastoral do Papa Francisco*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2017. p. 21-23.

⁷⁹ Ver mais sobre a Campanha da Fraternidade em <https://campanhas.cnbb.org.br/campanha-da-fraternidade>.

⁸⁰ LOPES, Geraldo. *Gaudium et Spes: texto e comentário*. São Paulo: Paulinas, 2011. p. 13-20.

⁸¹ LOPES, 2011, p. 65.

democráticas no país após o Ato Institucional nº 5 (AI-5). A autora diz que os bispos católicos denunciavam as condições de extrema pobreza das populações de países que viviam sob regimes ditatoriais e, preocupados com tal situação, perceberam a necessidade da aplicação de uma nova teologia que fosse diferente da teologia apologética dogmática prevalente até então (moralizante e que não respondia às questões sociais).⁸²

Com objetivo de promover a solidariedade, respeito ao próximo e justiça social surge na América Latina a Teologia da Libertação⁸³, por meio dos movimentos religiosos laicos da Igreja Católica Romana como resposta a contradição entre a pobreza extrema e a fé cristã. Igrejas de tradição protestante se juntaram ao movimento da Teologia da Libertação, “criando entidades ecumênicas a serviço do povo”⁸⁴. Ana Claudia Colla, em dissertação sobre a noção de justiça no Serviço Social brasileiro, afirma que a Teologia da Libertação possui relação com o Serviço Social latino-americano visto que a concepção de justiça do Serviço Social (segundo o Código de Ética de 1993) “converge com a concepção de justiça da Teologia da Libertação, cujos fundamentos teóricos encontram-se na teoria marxista e na filosofia cristã”⁸⁵.

Nesse contexto surgem as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), que são pequenos grupos organizados com caráter pastoral, por iniciativa de leigos, bispos e padres e atuam desenvolvendo ação social por meio da promoção de qualificação profissional, educação, saúde e cidadania:

Por esse motivo, ao abordar a Teologia da Libertação, pensa-se nas CEBs, nas pastorais sociais, nos grupos eclesiais que destacam ainda mais a dimensão da prática social da fé e nos cristãos engajados nos movimentos e lutas populares, ou de alguma maneira, sensíveis e solidários a essas causas. As CEBs e as pastorais sociais se consolidaram por todo o Brasil, ao longo da década de 1970, graças aos incentivos de padres, leigos e religiosas das paróquias localizadas nos bairros da periferia. Sua principal característica consiste em discutir os problemas sociais, valendo-se da leitura do Evangelho e exigindo do poder público respostas às questões do cotidiano dos cidadãos.⁸⁶

⁸² BINOTI, 2017, p. 26-27.

⁸³ “Refletir a partir da prática, no interior do imenso esforço dos pobres com seus aliados, buscando inspirações na fé e no Evangelho para o compromisso contra a sua pobreza em favor da libertação integral de todo o homem e do homem todo, isso que significa a Teologia da Libertação”. BOFF; BOFF, 1993 *apud* COLLA, Ana Claudia. *A noção de justiça do Serviço Social brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. p. 87.

⁸⁴ BINOTI, 2017, p. 39.

⁸⁵ COLLA, 2019, p. 153.

⁸⁶ BINOTI, 2017, p. 37.

Sob a perspectiva dos cristãos protestantes⁸⁷, os grupos evangélicos brasileiros também apresentaram preocupações sociais e trabalhavam em prol de uma ética social protestante no Brasil, em defesa da equidade e justiça social. O professor Wanderley Pereira da Rosa afirma que “muitas foram as iniciativas das várias denominações nesse sentido: fundação de escolas, hospitais, orfanatos e centros sociais”⁸⁸. Preocupados com uma ética social cristã, os evangélicos se engajaram na reflexão e prática da responsabilidade social e o papel do protestantismo frente à realidade social no Brasil.

Não se pode negar o trabalho desenvolvido pelas instituições religiosas em favor da população mais pobre. Atualmente as igrejas (enquanto parte da sociedade civil) continuam desenvolvendo ações de cunho assistencial no trato das expressões da questão social seja através dos “ministérios de ação social” ou na organização de instituições sem fins lucrativos, algumas dessas instituições contam com o apoio do Estado para financiar as atividades propostas, conforme expõe Maria da Penha Fehlberg:

Mais tarde, a sociedade civil, reduzida ao ‘terceiro setor’, passa a partilhar com o governo a responsabilidade perante a questão social, o que significa enfatizar a solidariedade da sociedade, numa reedição dos primórdios da profissão. Estas ações da sociedade trazem a participação de ONG’S e Igrejas como entidades filantrópicas empregadoras de assistentes sociais, que têm por finalidade atender aos usuários, algumas levando em conta sua orientação religiosa.⁸⁹

Considerando o breve histórico sobre surgimento da profissão Serviço Social no contexto brasileiro, com enfoque na formação doutrinária pela Igreja Católica Romana, avançaremos na abordagem da questão religiosa vinculada ao trabalho do/a assistente social e na conduta profissional, quando as marcas da religiosidade acompanham de forma subjetiva a prática profissional.

1.3 Problematização da entrada da religião no Serviço Social

Comportamentos sociais e ações que podem ser entendidos como origem de algumas práticas do Serviço Social estão ligados a assistência prestada às famílias, clãs ou tribos que necessitavam de algum tipo de ajuda. Com a influência do cristianismo tais ações passam a

⁸⁷ No campo religioso brasileiro, o cristão protestante é representado pelas denominações do protestantismo dito histórico (ex: luteranos, presbiterianos, metodistas e batistas), os pentecostais (ex: Assembleia de Deus, Evangelho Quadrangular) e os neopentecostais (ex: Universal do Reino de Deus, Deus é Amor).

⁸⁸ ROSA, Wanderley P. da. *Por uma fé encarnada: uma introdução à história do protestantismo no Brasil*. São Paulo: Recriar; Vitória: Unida, 2020. p. 93.

⁸⁹ FEHLBERG, Maria da Penha A. *Serviço Social: influências religiosas, constituição da profissão e os desafios atuais*. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2009. p. 30.

ser expressão de solidariedade.⁹⁰ A premissa cristã de amor ao próximo e a ideia da aproximação de Deus através de práticas de caridade são motivadores para o auxílio aos pobres e necessitados. Ciro de Barros Rezende Filho nos fala sobre a dialética da pobreza, ao recordar a obra *A Vida de Santo Eloi*, que diz: “Deus teria podido fazer todos os homens ricos, mas quis que houvesse pobres neste mundo para que os ricos tivessem uma oportunidade de redimir seus pecados”⁹¹.

A religião faz parte da essência do homem e a cosmovisão religiosa influencia os princípios que governam o cotidiano da sociedade, portanto a religião pode ser um veículo de mudança ou conservação devido à capacidade de mobilizar pessoas que compartilham da mesma cosmovisão. A religião também pode ser um instrumento de coesão e coerção social, considerando que é geradora de moral e conduz seus adeptos a seguirem um modelo de ética e moralidade. Para o indivíduo religioso existe algo transcendental que se revela pela fé, pela forma de compreender e interpretar o mundo, expressa na dicotomia sagrado/profano.

A religiosidade foi base para a gênese do Serviço Social no Brasil e a Igreja Católica Romana foi o referencial para a formação ideológica profissional. Conforme explica Solange Ramos de Andrade, entende-se como religiosidade o modo de viver, pensar e praticar a religião, tudo aquilo que expressa à religião e serve para identificar os diferentes quadros sociais⁹², ou seja, é o envolvimento do indivíduo com as práticas religiosas de uma determinada religião e que pode fazer parte da espiritualidade desse indivíduo. A autora aborda sobre a religiosidade a partir de três aspectos: “sacral, no qual o sagrado se manifesta no mundo e na história humana; o emocional, que é um sedativo dos problemas diários do homem; e o mítico, uma vez que a religiosidade se expressa por meio de mitos e por uma orientação mítica [...]”⁹³. Dessa forma, podemos entender que a prática do Serviço Social se deu a partir de uma reinterpretação da leitura sacerdotal da vida e dos problemas cotidianos.

Os valores e dogmas da Igreja influenciaram a formação técnica dos profissionais e o agir profissional com práticas caritativas, assistencialistas e filantrópicas. Esse *ethos* profissional do Serviço Social de viés doutrinário e conservador tinha como base o conceito de caridade, que foi difundido pela Igreja Católica Romana por meio de um discurso repetitivo e moral na intenção de evitar conflitos e revoltas por parte dos pobres diante da

⁹⁰ FEHLBERG, 2009, p. 59.

⁹¹ MIGNE *apud* REZENDE FILHO, Cyro de B. Os pobres na idade média: de minoria funcional a excluídos do paraíso. *Revista Ciências Humanas*, UNITAU, Brasil, v. 1, n. 1, 2009. p. 03.

⁹² ANDRADE, Solange R. de. História das religiões e das religiosidades, uma breve introdução. In: MARANHÃO FILHO, E. M. de A. (org.). *(Re)conhecendo o sagrado: reflexões teórico-metodológicas dos estudos de religiões e religiosidades*. São Paulo, Fonte Editorial, 2013. p. 12.

⁹³ ANDRADE, 2013, p. 12-13.

condição de exclusão social e falta de acesso aos recursos para manutenção de uma vida digna.⁹⁴ Sendo assim, entende-se que a religião serve como instrumento de controle social e dita as regras de conduta e moral, por isso o Estado aliou-se à Igreja para formar um perfil de profissional que trabalhasse junto aos operários e suas famílias (no contexto brasileiro da década de 1930).

O perfil do/a profissional de Serviço Social é predominantemente feminino, reforçando a característica enraizada na cultura e na sociedade de que a mulher tem uma vocação natural para as práticas educativas e caritativas⁹⁵. Esse ideário do perfil profissional do/a assistente social a partir do gênero permanece dentro da sociedade contemporânea, visto que o Serviço Social ainda é visto como uma profissão eminentemente feminina e que executa ações assistencialistas. Desde a inserção na divisão sociotécnica do trabalho até os dias atuais a profissão tem como desvantagem os baixos salários, “tendo em vista que o Serviço Social não tem fins lucrativos, além de ser uma profissão com fama de voluntária, comum aos fazedores do bem”⁹⁶, conforme nos diz a professora Maria da Penha Felhberg.

Ainda que em busca de capacitação técnica para execução do trabalho, com a formação das Escolas de Serviço Social, a reprodução do ideário neotomista estava presente no primeiro código de ética profissional – publicado em 1947. No Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais de 1947, logo na introdução, temos um conceito de Moral ou Ética como normas que devem ser seguidas para fazer o bem e evitar o mal. Consta como dever fundamental do/a assistente social respeitar “a lei de Deus, os direitos naturais do homem, (...) tendo em mente o juramento prestado diante do testemunho de Deus”⁹⁷. Também diz que nos deveres com o beneficiário o/a assistente social deve “respeitar no beneficiário do Serviço Social a dignidade da pessoa humana, inspirando-se na caridade cristã”⁹⁸.

Os Códigos de Ética seguintes (1965 e 1975) não fundamentam a prática profissional de forma explícita com o ideário cristão, mas ainda apontam a Doutrina Social da Igreja na ação profissional com a moralização dos costumes. Os Códigos de Ética de 1986 e 1993 são

⁹⁴ NEVES, Claudia N. da. Igreja católica, assistência social e caridade: aproximações e divergências. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, a. 8, n. 15, p. 326-351, jan/jun 2006. p. 327.

⁹⁵ “Aceitando a idealização de sua classe sobre a vocação natural da mulher para as tarefas educativas e caridosas, essa intervenção assumia, aos olhos dessas ativistas, a consciência do posto que cabe à mulher na preservação da ordem moral e social e o dever de tornarem-se aptas para agir de acordo com suas convicções e suas responsabilidades. Incapazes de romper com essas representações, apostolado social permite àquelas mulheres, a partir da reificação daquelas qualidades, uma participação ativa no empreendimento político e ideológico de sua classe, e da defesa faculta um sentimento de superioridade e tutela em relação ao proletariado, que legitima a intervenção”. IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 171-172.

⁹⁶ FEHLBERG, 2009, p. 37.

⁹⁷ CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais 1947*. [s.p.].

⁹⁸ CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1947, [s.p.].

documentos normativos que marcam a superação do tradicionalismo e a negação da perspectiva ética conservadora religiosa, tendo em vista a constituição do projeto ético-político profissional. O Código de Ética de 1993 rompe definitivamente com a visão paternal, moralista e religiosa na defesa de uma prática profissional laica, entretanto há no Brasil uma disputa política em torno da laicidade na esfera pública “travadas a partir de interesses e de perspectivas normativas, ideológicas e valorativas divergentes”⁹⁹ e isso é demonstrado com a presença de crucifixos em prédios do Estado, bem como símbolos religiosos nos locais de trabalhos dos assistentes sociais, a louvação a Deus no preâmbulo da Constituição e nas cédulas de dinheiro e até mesmo em carimbos de alguns assistentes sociais.

A partir de 1980 o Serviço Social passa a ter em seus fundamentos teóricos - metodológicos uma grande influência marxista, deixando de incluir em suas teorias os valores e princípios religiosos. O projeto ético-político do Serviço Social tem como objeto de intervenção e análise a questão social e suas diversas expressões na realidade social, deixando de lado a ideia moralista de culpabilizar o indivíduo pela situação em que vive. José Pedro Simões Neto expõe que as afirmações de valor que caracterizam a profissão a partir do movimento de renovação da profissão (tais como justiça social, democracia e igualdade) pode contribuir para atrair mais religiosos para a profissão e faz uma crítica à falta de aprofundamento na capacitação técnico-operativa na formação profissional, abrindo brechas para que no cotidiano profissional o uso do senso comum e intuição sejam usados como recursos no atendimento¹⁰⁰. Tal observação também é feita por Cláudia M. dos Santos, quando ela afirma que para a formação de um profissional competente faz-se necessária à capacitação nas três dimensões da prática interventiva do Serviço Social (teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa) e que desde o movimento de reconceituação da profissão as duas primeiras dimensões foram bem exploradas e desenvolvidas, ficando uma lacuna entre as duas primeiras e a última.¹⁰¹

Ante ao que foi exposto até aqui sobre o histórico e trajetória do Serviço Social brasileiro, vimos que a religião se insere no contexto do Serviço Social desde sua origem e ainda hoje pode interferir na prática dos assistentes sociais, ao levar em consideração que a religião está ligada aos valores pessoais e à cultura brasileira. Reconhecer que esses valores

⁹⁹ MARIANO, R. Sociologia da Religião e seu foco na secularização. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 231-242. p. 233.

¹⁰⁰ SIMÕES NETO, José Pedro. *Assistentes Sociais e Religião: um estudo Brasil/ Inglaterra*. São Paulo: Cortez, 2005. p. 152.

¹⁰¹ SANTOS, Cláudia M. dos. *Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – UFRJ/Escola de Serviço Social/Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2006. p. 17.

estiveram presentes na trajetória da profissão não significa legitimar sua influência na prática profissional dos assistentes sociais. Ainda assim a máxima de que no Serviço Social a prática não está associada à teoria é percebido quando o profissional se vale dos seus valores pessoais no momento do atendimento às demandas, como afirma José Pedro Simões Neto:

O fato de a prática profissional obedecer a ordenamentos legais e o ensino estar fundamentado em teorias, como o marxismo e a psicanálise, não impede que conteúdos valóricos, oriundos da raiz social dos profissionais, ou de sua predominância de gênero, ou ainda de marcas religiosas, não estejam a ela agregados, quando a maioria dos profissionais detém tal perfil.¹⁰²

Na rotina de trabalho o/a assistente social se depara com as diversas expressões da questão social (ligadas à saúde, educação, renda, moradia, violência, gênero, etc.) e essa intervenção profissional do/a assistente social representa a modalidade afetiva do trabalho imaterial¹⁰³, que tem por base o contato social e valoriza as experiências da vida privada do profissional para aquisição de saber e habilidades para execução do trabalho.¹⁰⁴ Regiane R. de Souza e Claudia N. da Silva informam na pesquisa sobre valores e princípios religiosos na intervenção profissional dos assistentes sociais que:

Ao ter que intervir em situações que envolvem vulnerabilidade física e material, mas não é possível atender, o profissional do Serviço Social pode afetar-se emocionalmente e ver-se diante do risco de voltar-se para outros recursos que não os institucionais e legais para atuar junto aos usuários das políticas sociais ou na relação com a equipe de trabalho.¹⁰⁵

Dessa forma, o/a assistente social afetado pela dimensão social do trabalho pode buscar na religião formas de enfrentamento dos problemas oriundos da prática profissional que o afetam negativamente. Bem como pode, a partir da sua crença pessoal, utilizar-se de suas vivências pessoais religiosas como forma de intervenção e orientação. Tal comportamento do profissional também pode ser compreendido como um fenômeno religioso a ser estudado pela Psicologia da Religião, que tem por objetivo esclarecer os múltiplos

¹⁰² SIMÕES NETO, 2005, p. 15-16.

¹⁰³ “O avanço econômico e tecnológico, vivido especialmente após a Segunda Guerra Mundial, possibilitou a criação de novos postos de trabalho que são ligados, por um lado, ao gerenciamento de sistemas integrados da produção e, por outro, à oferta de serviços de diferentes tipos tais como aqueles voltados ao lazer, à educação, à cultura e à informação. Isso gerou a necessidade de profissionais diferenciados que apresentassem habilidades e conhecimentos específicos para atender as demandas sociais que se configuravam diferentemente [...] a consolidação desses novos postos de trabalho já não exige mais exclusivamente a exploração da força física do trabalhador empregada na fabricação de bens duráveis.” MANSANO, Sônia Vargas. Dimensões afetivas atualizadas no trabalho do Assistente Social. *Serviço Social em Revista*. Londrina, v. 12, n. 2, p. 33-49, jan/jun. 2010. p. 35-36.

¹⁰⁴ MANSANO, 2010, p.43.

¹⁰⁵ SOUZA, Regiane Renata de; SILVA, Claudia N. da. A religiosidade do assistente social, p. 1679-1687. In: Anais do XI Seminário de Pesquisa em Ciências Humanas. *Blucher Social Science Proceedings*, n.4 v.2. São Paulo: Blucher, 2016. p. 1539.

fatores e processos de natureza psicológica associadas ao fenômeno religioso.¹⁰⁶ É interesse da Psicologia da Religião observar o ser humano religioso que age de acordo com suas crenças, compreendendo que a religião:

Trata de uma realidade em que os afetos, a razão, os valores, os comportamentos humanos estão envolvidos, bem como suas crenças, sua dimensão social, cultural, política, ética. Desse modo, é possível concluir que a religião é um conjunto de crenças e valores professados por um grupo humano que faz referência à realidade transcendente, o Sagrado, com função de enfrentamento dos problemas últimos da vida por parte do ser humano, conferindo sentido existencial, numa dimensão social e cultural¹⁰⁷.

Considerando o histórico e trajetória do Serviço Social, ainda hoje em ambientes públicos e privados a profissão é permeada por profissionais que se pautam em seus princípios religiosos na atuação profissional, de modo que algumas ações dos profissionais podem descaracterizar o caráter laico da profissão e comprometer a qualidade do atendimento prestado. Temáticas que são discutidas no campo religioso e que também fazem parte do contexto das expressões da questão social, tais como definição de composição familiar, gênero, sexualidade e religiosidade devem ser trabalhadas pelo/a assistente social de maneira propositiva e livre de preconceitos. Contudo, o conservadorismo ameaça o processo de democratização e o/a assistente social comprometido com a ética profissional deve identificar e recusar o avanço do irracionalismo e da intolerância religiosa no cotidiano profissional, bem como ter “consciência crítica de que estas tendências são incompatíveis com o Estado Democrático de Direitos e uma ameaça à efetivação da ética profissional”¹⁰⁸.

O Estado laico representa uma sociedade que não é tutelada por dogmas religiosos (mas sim em direitos), dessa forma a laicidade do Estado é compatível com os valores e princípios do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece a religião como um direito individual e coletivo, ao determinar no Artigo 5º, Inciso VI que: “É inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias”¹⁰⁹, bem como informa no Inciso VIII que:

¹⁰⁶ VALLE, Edênio. A psicologia da Religião. In: USARSKI, Frank (org.). *O Espectro Disciplinar da Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas, 2007. p. 130.

¹⁰⁷ RODRIGUES, Catia C. L.; GOMES, Antônio M. A. Teorias clássicas da psicologia da religião. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 333-345. p. 334.

¹⁰⁸ CFESS Manifesta. *Edição especial: Em defesa do Estado laico!* Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2015-CfessManifesta-EstadoLaico-Site.pdf>. [online].

¹⁰⁹ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007. p. 15.

“Ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política...”¹¹⁰.

Importante dizer que a religião sempre exerceu uma função social na sociedade, pois oferece respostas às questões referentes ao sentido da vida, ajustamento emocional e social, bem como de enfrentamentos dos diversos problemas por meio dos seus recursos simbólicos e da caridade (principalmente na Igreja Católica Romana, por meio da ideia de ajuda aos necessitados como forma de remissão dos pecados e aproximação de Deus). Entretanto no mundo secular o ser humano busca o sentido por meio da razão e acaba por gerar certo individualismo. Segundo André Ricardo de Souza (segundo a concepção de Weber quanto à ética protestante), com a fragmentação do campo cristão após a reforma protestante o pobre passou a ser visto como alguém pouco esforçado e, portanto, pecador.¹¹¹

Quanto as funções sociais da religião na sociedade moderna frente à questão social, trataremos a análise de Stefano Martelli. O referido autor levanta questionamento sobre a existência de equivalentes funcionais para a religião na sociedade secularizada e aponta que o próprio sistema social pode dar conta de algumas necessidades materiais na perspectiva de oferecer alternativas substitutivas à caridade religiosa. O controle dessas necessidades pode se dar em duas vias: por meio de movimentos revolucionários e por uma melhor administração estatal dos recursos disponíveis. Stefano Martelli também diz que as políticas sociais públicas que promovem a inclusão dos indivíduos no sistema social, garantindo direitos e cidadania, é um poderoso equivalente funcional da religião.¹¹²

Entretanto a vida humana apresenta situações-limites que as políticas sociais não conseguem controlar (como, por exemplo, o enfrentamento de doenças incuráveis, morte, dor, angústia), bem como os equivalentes sociais não conseguem suprir as necessidades materiais devido ao contínuo crescimento de tais necessidades. Dessa forma, os equivalentes funcionais não conseguem substituir a religião devido à necessidade humana de atribuição de sentido por meio da interpretação religiosa da vida e a necessidade de transcendência – que também traz a necessidade de empenho ético e solidário para lidar com as novas expressões da questão social.

O/a assistente social é um profissional que imerge nos problemas sociais a partir das histórias de vida nos diferentes contextos sociais, atento às desigualdades sociais e

¹¹⁰ BRASIL, 2007, p. 15.

¹¹¹ SOUZA, André Ricardo de. As mudanças na intervenção social do catolicismo brasileiro. *Revista Estudos de Sociologia*, Universidade Federal de Pernambuco, v. 13, n. 1, 2007, p. 133.

¹¹² MARTELLI, Stefano. *A religião na sociedade moderna: entre secularização e dessecularização*. São Paulo: Paulinas, 1995. p. 122-133.

colaborando na coesão social. Portanto, durante o exercício profissional o que deve prevalecer é o acesso às políticas públicas, independente da formação religiosa ou credo do profissional. Importante também que o/a profissional de Serviço Social esteja atualizado e compreenda sobre a diversidade religiosa a fim de obter qualidade no seu atendimento, como diz José Pedro Simões Neto: “é preciso haver, portanto, por parte do profissional, uma mínima interação com o conjunto de dogmas e ritos que compõem as crenças da clientela atendida, para que não ocorra nenhuma forma de preconceito ou desrespeito para com elas”¹¹³.

O/a assistente social será requisitado para trabalhar em instituições públicas e privadas que lidem com diversas situações ligadas a vulnerabilidade e desigualdade. Dentre as áreas de atuação destacam-se a assistência social, justiça, educação, habitação, relações de trabalho e a saúde – que será nosso foco no próximo capítulo. Na área da saúde, a dependência química se destaca como um problema de saúde mental com (possíveis) causas e danos psicossociais. A política sobre drogas no Brasil prescreve medidas de prevenção ao uso de substâncias psicoativas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes. O acolhimento/ internação do dependente químico em comunidades terapêuticas religiosas é uma das formas de tratamento utilizada no Brasil e se constitui mais um campo de atuação para o/a assistente social.

¹¹³ SIMÕES NETO, 2005, p. 64.

2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO CAMPO DE ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL

O uso de substâncias psicoativas (mais conhecidas como drogas) representa uma expressão da questão social, pois está relacionado à pobreza, desemprego, violência e outros problemas, contudo não é fenômeno exclusivo das camadas sociais mais pobres - visto que pessoas de outras classes sociais, credos e variados níveis de escolaridade fazem uso de algum tipo de substância psicoativa e estão suscetíveis ao desenvolvimento do quadro de dependência química. A relação do ser humano com a droga é histórica e seu uso é considerado uma prática sociocultural, repercutindo na economia e política dos países. Apesar de essa relação ser antiga, a regulação do Estado sobre o uso de drogas com uma política de controle e proibicionismo remete à atualidade.

A fim de apreender sobre a prática do Serviço Social nas comunidades terapêuticas, é importante conhecer alguns conceitos fundamentais sobre o uso de drogas e seus impactos sociais e à saúde mental. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como substância psicoativa toda substância capaz de provocar, após seu uso, alterações no processo de consciência, humor e pensamento.¹¹⁴ O uso dessas substâncias é dividido em três categorias, de acordo com o status legal: uso medicamentoso, uso lícito e uso ilícito. As substâncias psicoativas agem na área conhecida como sistema de recompensa cerebral, que é o mecanismo cerebral responsável pela regulação do humor, pensamento e motivação – gerando assim a sensação de prazer.¹¹⁵ Para a classificação das drogas, de acordo com os efeitos, existem três divisões: as drogas depressoras, as estimulantes e as perturbadoras do Sistema Nervoso Central (SNC).

O álcool, os medicamentos benzodiazepínicos¹¹⁶ e os opioides são exemplos de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, ou seja, que reduzem as atividades de determinadas partes do cérebro. A cocaína, o crack (que é derivado da cocaína) e a nicotina são exemplos de drogas estimulantes – que estimulam as atividades do SNC, que passa a funcionar mais rapidamente. As drogas perturbadoras (também conhecidas como alucinógenas ou psicodélicas) são as que levam a alterações das percepções e dos sentidos – como, por

¹¹⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. OMS. São Paulo: Roca, 2006. p. 01.

¹¹⁵ TORRESAN, Ricardo C.; OLIVEIRA, Janaina B. de; KERR-CORRÊA, Florence. As substâncias psicoativas. In: KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMILIANO, Vitore André Z. (orgs.). *Capacitação para comunidades terapêuticas*. Conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. p. 85.

¹¹⁶ Medicamentos utilizados no tratamento de transtornos ansiosos.

exemplo: maconha, LSD, ayahuasca, entre outras. A frequência, a quantidade e o modo como o indivíduo faz uso de determinadas substâncias psicoativas determinará o padrão de uso, que pode ser experimental, recreativo ou nocivo. O uso nocivo pode evoluir para uma dependência.

O conceito de dependência química, ou síndrome da dependência, segundo a OMS tem a ver com o padrão de uso da droga pelo indivíduo. A ideia da síndrome da dependência é de que:

[...] o controle ou a volição do usuário sobre o uso de drogas foi perdido ou prejudicado. O usuário não está mais escolhendo usar simplesmente em razão dos aparentes benefícios; o uso tornou-se habitual e a fissura para voltar a usar mostra que o usuário sente que o hábito não está mais sob seu controle. A dependência do usuário é vista, assim, como impelindo para mais utilização, apesar das consequências adversas que poderiam ter dissuadido os não-dependentes de fazer uso adicional.¹¹⁷

Para tratar a dependência às substâncias psicoativas é necessário um diagnóstico “que envolve questões ambientais, sociais, psicológicas, farmacológicas e genéticas”¹¹⁸. Para tanto, um profissional médico especializado utilizará a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID 10) como meio para diagnosticar o paciente de acordo com os critérios diagnósticos para dependência de substâncias. A ligação entre o uso de substâncias e os danos causados vai indicar a problemática de ordens sociais e de saúde, bem como o modo como tais problemas serão tratados. Dessa forma a questão do uso de droga pode ser entendida como um problema de saúde pública, um problema social ou problema de segurança pública.

Como dito no início do capítulo, o hábito de consumir substâncias psicoativas é antigo porque as pessoas sempre buscaram as substâncias psicoativas com objetivo de provocar alterações nas funções psíquicas e comportamentais, com fins religiosos, terapêuticos e recreativos.¹¹⁹ O uso de substância psicoativa foi e ainda é considerado um elemento de integração, com objetivos místicos, intelectuais ou medicamentosos. Um exemplo atual é o uso da ayahuasca, uma bebida preparada a partir da infusão da casca de um cipó com as folhas de um arbusto (que contém uma potente substância alucinógena) e é consumida no ritual do Santo Daime, Culto da União do Vegetal e outras manifestações religiosas existentes

¹¹⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, p. 12.

¹¹⁸ FLIGIE, Neliana B.; PAYÁ, Roberta. *Dinâmicas de grupo e atividades clínicas aplicadas ao uso de substâncias psicoativas*. São Paulo: Roca, 2015. p. 03.

¹¹⁹ OLIVEIRA, Janaina B. de; KERR-CORRÊA, Florence. Os aspectos socioculturais do uso de crack, álcool e outras drogas. In: KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMILIANO, Vitore André Z. (orgs.). *Capacitação para comunidades terapêuticas*. Conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. p. 61.

no Brasil. O uso religioso da ayahuasca foi regulamentado pelo Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD).¹²⁰

No contexto dos rituais sagrados o uso de substâncias psicoativas conduz o ser humano ao mundo sobrenatural, fazendo a mediação entre o mundo dos deuses (Sagrado) e o mundo dos seres humanos (Profano).¹²¹ Mircea Eliade diz que “o sagrado se manifesta sempre como uma realidade inteiramente diferente das realidades ‘naturais’”¹²², de modo que podemos entender que o uso de substâncias psicoativas, nesse contexto, auxilia os praticantes dos ritos religiosos a encontrarem concentração e revelação. Recorremos a Maria Angela Vilhena para conceituar ritos religiosos, que são “ações simbólicas, coletivas ou individuais, embasadas em sistemas de crenças que postulam a existência de [...] forças ou energias que podem ser tanto internas como externas ao sujeito [e tais ações] intentam estabelecer contatos entre os humanos com algumas dessas dimensões mais amplas da existência”¹²³.

A consolidação do cristianismo na Idade Média empreendeu forte censura ao uso de substâncias psicoativas. A busca pela hegemonia ideológica e cultural, com determinação de normas e comportamentos, tornou o uso de substâncias psicoativas em uma prática herege.¹²⁴ Ao invés do uso de substâncias que alteram o humor para promoção do encontro entre o ser humano e o sagrado, “a dor e a mortificação da carne passaram a ser valorizadas, porque foram associadas a maior aproximação entre o homem e Deus”¹²⁵. No período do Renascimento, com as expansões marítimas e comerciais, as substâncias psicoativas voltam a ser utilizadas e comercializadas entre os continentes, representando o interesse financeiro sobre o uso da droga e culminando, ao longo dos séculos, com o desenvolvimento da indústria química e sintetização dos princípios ativos das substâncias psicoativas para fabricação de medicação.

O controle do Estado sobre o uso das substâncias psicoativas, com o proibicionismo e modelos de controles repressivos surgiram nos Estados Unidos:

O entendimento de que o uso de drogas passou a ser um problema social surgiu nos Estados Unidos, em meados do século XIX, onde o consumo de substâncias

¹²⁰ TORRESAN; OLIVEIRA; KERR-CORRÊA, 2013, p. 121.

¹²¹ OLIVEIRA, Claudete de J. *Dependência do álcool e outras drogas: debate conceitual, políticas públicas e a inserção do serviço social nessa área*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. p. 35.

¹²² ELIADE, Mircea. *O Sagrado e o profano: a essência das religiões*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 16

¹²³ VILHENA, Maria Angela. Ritos religiosos. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 513-524. p. 514.

¹²⁴ PEREIRA, Janine M. Da filantropia rumo a política pública: uma genealogia das comunidades terapêuticas para dependentes de drogas psicoativas. Dissertação (mestrado) – Unimontes/ Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Social, Montes Claros, 2016. p. 24.

¹²⁵ OLIVEIRA, 2003, p. 35.

derivadas do ópio e da cocaína, assim como o de bebidas alcóolicas, passou a ser visto como um problema de cunho principalmente racial, religioso, econômico e político.

Foi ainda nos Estados Unidos que iniciaram os primeiros debates públicos sobre o tema e instituídas as primeiras leis específicas. Desde então, essa discussão se expandiu por todo o mundo [...].¹²⁶

A partir de então fatores moralistas, interesse econômicos e políticos passaram a determinar o que seria substância lícita e ilícita, associando o uso de certas drogas a determinados grupos sociais, construindo a questão sobre o uso de drogas como conhecemos hoje.¹²⁷ Nesse contexto surgem as comunidades terapêuticas, como um espaço de tratamento para a dependência da substância psicoativa. As comunidades terapêuticas também se tornaram um espaço de trabalho para o/a assistente social, portanto, vamos discorrer sobre o conceito das comunidades terapêuticas a partir do contexto religioso e sua integração no sistema nacional de políticas públicas sobre drogas, bem como a inserção do Serviço Social nesse modelo de tratamento.

2.1 Comunidade terapêutica a partir da religião

A questão do uso de substâncias psicoativas no Brasil durante muito tempo não foi tratada dentro do âmbito da saúde. Diante da ausência do Estado em auxiliar no trato dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, as associações religiosas tornaram-se responsáveis pela disseminação de trabalhos com foco na prevenção e tratamento do uso de drogas, tendo as comunidades terapêuticas como alternativa de tratamento mais comum. A maioria das comunidades terapêuticas brasileiras está ligada a religião, inspiradas nos modelos que nasceram nos Estados Unidos. De modo geral, o modelo de cuidado proposto pelas comunidades terapêuticas é baseado no tripé: trabalho, disciplina e espiritualidade; associando o acompanhamento médico e psicossocial a práticas espirituais.¹²⁸

Giovanna Bardi faz uma reflexão acerca do perfil das comunidades terapêuticas brasileiras, pois, segundo ela, as comunidades terapêuticas brasileiras surgidas no modelo estadunidense herdaram o proibicionismo e adotam os métodos religiosos e moralistas de líderes pentecostais para lidar com a questão das drogas.¹²⁹ A autora aponta três principais

¹²⁶ OLIVEIRA; KERR-CORRÊA, 2013, p. 61.

¹²⁷ BARDI, Giovanna. *Entre a “cruz” e a “caldeirinha”*: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019. p. 65.

¹²⁸ IPEA, 2017, p. 8.

¹²⁹ BARDI, 2019. p 160.

motivos pelos quais os preceitos de tratamento das comunidades terapêuticas “encontraram eco na nossa sociedade latino-americana de base muito religiosa, mística, que adotou o pentecostalismo e o neopentecostalismo com tanta efervescência”¹³⁰: a identificação do brasileiro com práticas religiosas – derivado da colonização do Brasil por meio do catolicismo e também pelas práticas de cura da religiosidade indígena, principalmente as intervenções xamânicas; o processo de modernização na América Latina, que provocou maior desigualdade social e - diferente do ocorrido na Europa - não contrapôs a mentalidade religiosa frente à razão científica; e a relação de dependência econômica com os Estados Unidos que leva a sociedade brasileira a aceitar as ideias vindas de fora.¹³¹

O atual modelo de comunidade terapêutica no Brasil opera sob a visão técnico-científica e religiosa-espiritual. Paulo Dalgalarro explica que o termo espiritualidade ganhou sentido e conotação diferente a partir da secularização e não está necessariamente ligada a religião institucional, mas sim na relação com um poder superior e busca do sagrado¹³². Já Ênio Brito Pinto entende que a espiritualidade não está ligada a uma relação com um poder superior, mas sim com valores e significados que podem produzir mudança pessoal¹³³. Para Clarissa de Franco a espiritualidade pode ser entendida como “uma busca pessoal de sentido, com ênfase no aperfeiçoamento do potencial humano”¹³⁴. Considerando que o homem que pratica a espiritualidade está em busca de mudança de vida e aperfeiçoamento pessoal, a ideia de espiritualidade foi adotada como estratégia no tratamento para a dependência química.

Ao pesquisar sobre as comunidades terapêuticas, vários trabalhos apontam que a organização das comunidades terapêuticas, com seus elementos essenciais, parte de três precursores: o Grupo Oxford (1921), os Alcoólicos Anônimos – AA (1935) e o Synanon (1958). A pesquisadora Laura Fracasso, em seu texto intitulado “As mudanças no processo de criação das comunidades terapêuticas”¹³⁵ informa que o Grupo Oxford¹³⁶ foi criado pelo ministro evangélico luterano Frank Buchman, que fundou uma organização religiosa

¹³⁰ BARDI, 2019, p 170.

¹³¹ BARDI, 2019, p 170.

¹³² DALGALARRONDO. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 24

¹³³ PINTO, Ênio B. *Ciência da religião aplicada à psicoterapia*. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p. 681

¹³⁴ FRANCO, Clarissa de. *Psicologia e espiritualidade*. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p 401

¹³⁵ FRACASSO, Laura. *As mudanças no processo de criação das comunidades terapêuticas*. In: KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMILIANO, Vitore André Z. (orgs.). *Capacitação para comunidades terapêuticas*. Conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

¹³⁶ A organização religiosa Grupo de Oxford inicialmente era conhecido como First Century Christian Fellowship.

responsável por transmitir uma mensagem de retorno à pureza e inocência, de modo que os transtornos mentais e o alcoolismo eram considerados sinais de destruição espiritual. A autora aborda que dentre as atividades desenvolvidas pelo grupo, algumas “incluía a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores religiosos da honestidade, da pureza, do altruísmo e o amor, o autoexame, a reparação e o trabalho conjunto”¹³⁷. A ideia principal do grupo era pregar o renascimento espiritual segundo o estilo de vida cristão.

A prática espiritual do Grupo Oxford influenciou na criação do modelo de recuperação Alcoólicos Anônimos (AA)¹³⁸ – criado pelos alcoolistas Bill Wilson e Bob Smith, que teve início a partir do que pode ser entendido como uma hierofania¹³⁹ de um dos fundadores. Sônia Maria Clarindo, ao pesquisar sobre os caracteres de religiosidade em AA, aborda sobre a experiência que Bill Wilson (co-fundador de AA) teve em sua última internação para tratamento do alcoolismo e que tal experiência foi entendida pelo mesmo como um despertar espiritual após sentir-se no “fundo do poço” ao passar pelo estágio de síndrome da abstinência alcoólica, encontrando nesse momento as respostas que precisava para manter a sobriedade¹⁴⁰.

A autora explica em sua pesquisa que:

A religião e a espiritualidade se associam a Irmandade de AA para aliviar o sofrimento dos portadores da doença do alcoolismo, e ainda que os seus princípios terapêuticos não advenham somente da religião, essa Irmandade pode ser compreendida como uma instituição discursivamente apresentada como espiritual que supre certas expectativas tradicionalmente disponíveis no campo religioso,

¹³⁷ FRACASSO, 2013, p. 39.

¹³⁸ Sobre AA: É uma irmandade de pessoas que compartilham, entre si, suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolverem seu problema comum e ajudarem outras a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A., não há taxas ou mensalidades; somos autossuficientes, graças às nossas próprias contribuições. A.A. não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum movimento político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia, não apoia, nem combate, quaisquer causas. Nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudarmos outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade. Disponível em: <https://www.aa.org.br/informacao-publica/sobre-a-a/quem-somos>. Acesso em: 17 abr. 2022.

¹³⁹ “O homem toma conhecimento do sagrado porque este se *manifesta*, se mostra, como algo absolutamente diferente do profano. A fim de indicarmos o ato da manifestação do sagrado, propusemos o termo *hierofania*. Este termo é cômodo, pois não implica nenhuma precisão suplementar: exprime apenas o que está implicado no seu conteúdo etimológico, a saber, que *algo de sagrado se nos revela*.” ELIADE, 1992, p. 17.

¹⁴⁰ “..., mas finalmente chegou o momento e o último vestígio de minha orgulhosa obstinação foi esmagado. Imediatamente me encontrei exclamando: ‘Se existe um Deus, que Ele se manifeste! Estou pronto para fazer qualquer coisa, qualquer coisa!’ De repente, o quarto se encheu de uma forte Luz. Mergulhei-me num êxtase, que não há palavras para descrevê-lo. Pareceu-me, com os olhos de minha mente, que eu estava numa montanha e que soprava um vento, não de ar, mas de espírito. E daí tive a sensação de que era um homem livre. Lentamente o êxtase passou. Eu estava deitado na cama, mas agora por instantes me encontrava em outro mundo, um mundo novo de conscientização. Ao meu redor e dentro de mim, havia uma maravilhosa sensação de presença, e pensei comigo mesmo: ‘Então, esse é o Deus dos pregadores!’ Uma grande paz tomou conta de mim e pensei: ‘Não importa quão errada as coisas pareçam ser, elas ainda são certas. As coisas são certas com Deus e seu mundo.’ JUNAAB *apud* CLARINDO, Sônia Maria C. *Identidade AA: os caracteres de religiosidade na construção do modelo terapêutico da irmandade de Alcoólicos Anônimos*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2014. p. 14.

como uma forma de regulação moral e de pertencimento a alguma comunidade de sentido.¹⁴¹

Bill Wilson e Bob Smith tiveram contato com pessoas do Grupo Oxford e consideravam a espiritualidade como meio para o tratamento do alcoolismo. A partir do compartilhamento de experiências, os dois “decidiram criar uma comunidade autônoma de entre - ajuda para apoiar os que sofriam com o problema do alcoolismo e para eles mesmos se manterem sóbrios”¹⁴². Atualmente a irmandade de AA está difundida em todo mundo¹⁴³, compartilhando os princípios que surgiram a partir da experiência dos primeiros grupos e que deram origem a outros grupos de mútua ajuda, intitulado como Doze Passos e Doze Tradições de Alcoólicos Anônimos¹⁴⁴.

A partir dos elementos morais e espirituais do Grupo Oxford e Alcoólicos Anônimos, foi criada a comunidade terapêutica Synamon, por Charles Dederich, um dependente de álcool em recuperação que uniu suas experiências de AA e outras influências sociais, psicológicas e filosóficas da época com objetivo de manter a sobriedade e mudar o estilo de vida. Laura Fracasso aborda sobre a proposta de rotina de tratamento na comunidade terapêutica ao afirmar que “num ambiente residencial de 24 horas, os indivíduos ficavam afastados dos elementos sociais, circunstanciais e interpessoais da comunidade que poderiam influenciar seu uso de substâncias psicoativas”¹⁴⁵. O conceito e práticas básicas dessa alternativa terapêutica deu origem a outros modelos de comunidades terapêuticas.

Considerando a subjetividade em relação ao uso das substâncias psicoativas (que pode ser associado ao tratamento médico por meio de psicofármacos, ao rito religioso, à rotina de lazer, bem como a comportamentos destrutivos que trazem riscos a si e a outros), recorremos à ideia de Clarissa de Franco quando a mesma diz que a percepção de sentido e consciência sobre a vida leva o sujeito à formação de valores morais “em seus questionamentos centrais acerca da bondade, justiça, pecado, erro, vergonha, virtude, dentre outros”¹⁴⁶. O cristianismo trouxe cargas simbólicas relativas ao conceito de pecado, culpa e vergonha e essas cargas passam pela ideia de pureza, merecimento e honra – sendo assim, a via religiosa, que pode ser a fonte geradora de conflitos morais, também é usada como forma de cura.

¹⁴¹ CLARINDO, 2014, p. 12.

¹⁴² CLARINDO, 2014, p. 18.

¹⁴³ “(...) demonstrando que a maneira de viver de AA hoje pode superar quase todas as barreiras de raça, de credo e de idioma. Sem caráter religioso, embora tenha incorporado muitos princípios de diversas religiões, a comunidade recebe pessoas de todas as doutrinas. Sobrevive financeiramente através dos seus próprios membros que contribuem espontaneamente, não aceitando financiamento proveniente de fora da própria Irmandade”. CLARINDO, 2014, p. 20.

¹⁴⁴ Ver Anexos B e C: Os Doze Passos de Alcoólicos Anônimos e As Doze Tradições de Alcoólicos Anônimos.

¹⁴⁵ FRACASSO, 2013, p. 40.

¹⁴⁶ FRANCO, de. 2013, p 404.

Com avanço da problemática relacionada ao uso de substâncias psicoativas no país nos contextos político, social e de saúde, o modelo de tratamento em comunidade terapêutica foi incorporado à realidade brasileira por iniciativa de igrejas e organizações religiosas de matriz cristã e a partir da década de 80 houve expansão dessas instituições sem regulamentação do Estado. Portanto as comunidades terapêuticas são iniciativas não governamentais e algumas mais antigas que a política nacional sobre drogas, representando uma alternativa para minimizar os problemas do uso de álcool e outras drogas guiadas pela perspectiva de abstinência e do isolamento, com objetivo de mudar o estilo de vida por meio da prática da espiritualidade.

Com a possibilidade de receber recurso público, devido à inserção de comunidades terapêuticas na RAPS, constata-se relativa profissionalização dessas instituições. As comunidades terapêuticas interessadas no financiamento público tiveram que qualificar o serviço prestado, somando à equipe de trabalho profissionais da saúde e assistência com a proposta de trabalhar os cuidados à saúde durante a fase de desintoxicação e abstinência, atendimento psicológico e reinserção social. A atual legislação também considera a espiritualidade como proposta terapêutica ao tratamento, assim como descrito no primeiro capítulo sobre o edital de credenciamento de comunidades terapêuticas do Programa Rede Abraço. Cabe então apontar que a espiritualidade terá uma conotação diferente de religião ou tratamento religioso, conforme a proposta terapêutica de espiritualidade em uma abordagem não-proselitista.

No tratamento de abordagem espiritual, existe uma diferença significativa entre religião e espiritualidade. O conceito de religião está ligado a um conjunto de práticas litúrgicas, discursos e padrões morais. Já o termo espiritualidade, segundo Paulo Dalgalarondo, passou a ser mais utilizado em uma dimensão pessoal e existencial em relação ao sagrado, sem a necessidade de pertencimento a uma denominação religiosa.¹⁴⁷ Sendo assim, a espiritualidade está presente em todo ser humano, mesmo aqueles que não se consideram religiosos. A experiência espiritual surge com o processo de secularização ocorrido no Ocidente, dentro de uma perspectiva laica, e utilizada como instrumento de recuperação de sentido da vida, frente às questões contemporâneas geradoras de adoecimento e sofrimento (como, por exemplo, situação de desamparo e ansiedade existencial).

A espiritualidade surge na era secular junto com o rompimento com as instituições religiosas e, portanto, pode ser compreendida fora do contexto institucional religioso e sem

¹⁴⁷ DALGALARRONDO, 2008, p. 121.

base em crença, aberta à pluralidade e em diálogo com outras tradições religiosas, surgindo assim uma “espiritualidade laica” como instrumento de recuperação de sentido da vida frente às lacunas da contemporaneidade.¹⁴⁸ Questões ligadas a ética, sentido de vida, capacidade de desenvolver e cultivar valores são trabalhados dentro do aspecto espiritual a fim de promover bem-estar e qualidade de vida. Cleyton dos Santos Machado, em sua dissertação, faz a seguinte distinção entre espiritualidade e religiosidade: “A espiritualidade é algo universal, a religião é particular. Espiritualidade é uma experiência humana, a religião é uma experiência cultural, social, histórica. A espiritualidade é ontológica, a religião é a resposta social a esse dado ontológico”¹⁴⁹.

Segundo pesquisa do IPEA, o desenvolvimento de espiritualidade nas comunidades terapêuticas dispensa denominação religiosa, mas antes de tudo configura-se pelas instituições religiosas como uma forma de “realizar suas ‘obras’ de moralização e transformação das subjetividades”¹⁵⁰, promovendo mudança de comportamento por meio da fé em um poder superior (associado a Deus) – isso porque não há como dissociar espiritualidade de valores éticos e morais.¹⁵¹ As atividades para desenvolvimento da espiritualidade realizadas nas comunidades terapêuticas, em maioria são: cultos religiosos, estudos bíblicos, orações, grupo de louvor, grupo de sentimentos e estudo dos Doze Passos de AA/ NA (considerando o caráter espiritual desses grupos de mútua ajuda).

Inúmeros são os motivos que levam o sujeito ao uso de substâncias psicoativas, como dito no início deste capítulo, dessa forma, podemos entender que o uso de substâncias psicoativas pode estar ligado à busca (ou à ausência) de sentido para a vida. Do mesmo jeito o sujeito religioso busca na religião e em seu sistema simbólico a satisfação para sua necessidade de dar sentido à vida.¹⁵² Isso porque a religião impõe regras e normas sobre o modo de viver e conviver no mundo, estruturando a vida social.

Em outras palavras, a religião contribui para a imposição (dissimulada) dos princípios de estruturação da percepção do pensamento do mundo e, em particular, do mundo social, na medida em que impõe um sistema de práticas e de representações cuja estrutura objetivamente fundada em um princípio de divisão política apresenta-se como a estrutura natural-sobrenatural do cosmos.¹⁵³

¹⁴⁸ MACHADO, Clayton dos S. *Espiritualidade em ambiente corporativo: comunidade, sentido e integralidade como perspectiva de uma espiritualidade laica* (Mestrado em Ciências das Religiões) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2016, p. 28.

¹⁴⁹ MACHADO, 2016, p. 28.

¹⁵⁰ IPEA, 2017, p. 20.

¹⁵¹ MACHADO, 2016, p. 40.

¹⁵² USARSKI, 2006, p. 125.

¹⁵³ BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2007. p. 33-34.

Considerando que a experiência religiosa induz o sujeito à busca de uma experiência de vida diferente da realidade que vive, provocado pelo temor e a adoração do que é transcendente ao humano, Peter Ludwig Berger indica que uma das qualidades do sagrado “é a alteridade, sua manifestação como algo *totaliter aliter*, se comparado à vida humana comum, profana”¹⁵⁴. Na busca por símbolos e modelos de comportamentos que possam auxiliar no processo de recuperação, o dependente químico busca no tratamento religioso padrões de significados que promovam mudança no seu estilo de vida. Isso porque, conforme diz Mircea Eliade, “o homem religioso se quer diferente do que ele acha que é no plano de sua existência profana”¹⁵⁵. O dependente químico em recuperação, como uma pessoa religiosa, tenta aproximar-se dos modelos divinos, pois muitas vezes é mais fácil acreditar no potencial divino de cura ou na mudança de comportamento por via do poder divino, do que aceitar a dependência química enquanto doença e a demanda de esforço pessoal para a manutenção da sobriedade. Discutir a dependência química enquanto doença e promover a saúde por intermédio de uma modalidade de tratamento específica requer compreender a complexidade das relações sociais.

Dentro do processo de tratamento de base espiritual e com elementos religiosos, podemos partir da ideia do despertar espiritual para o início da recuperação da dependência química (como sugere a irmandade de AA), bem como a participação do sujeito nos ritos e rituais de determinada doutrina religiosa a fim de experimentar a conexão com o Sagrado. Os autores Wellington Zangari, Everton de Oliveira Maraldi, Leonardo Breno Martins e Fátima Regina Machado problematizaram sobre a aproximação da experiência religiosa e as alterações de consciência e explicam que os estados alterados de consciência são mudanças temporárias no estado de consciência do sujeito e que em algumas situações há uma conexão entre a intensidade do sentimento religioso e as experiências religiosas que podem explicar os estados alterados de consciência.¹⁵⁶

Os autores acima citados abordam sobre os principais fatores na estimulação dos estados alterados de consciência, que podem ser estabelecidos naturalmente ou por meio de ritual religioso comuns em doutrinas pentecostais e neopentecostais. Percebe-se semelhança com os efeitos produzidos pelas substâncias psicoativas no sistema nervoso central e talvez por isso muitos dependentes químicos em recuperação identificam-se com determinadas

¹⁵⁴ BERGER, Peter Ludwig. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulinas, 1985. p. 99.

¹⁵⁵ ELIADE, 1992, p. 88.

¹⁵⁶ JAMES *apud* ZANGARI, Wellington; MARALDI, Everton de O.; MARTINS, Leonardo B.; MACHADO, Fátima R. Estados alterados de consciência e religião. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 424.

práticas e doutrinas religiosas na busca pelo tratamento da dependência química. Dentre os mecanismos de indução dos estados alterados de consciência, os autores destacam:

[...] redução da estimulação sensorial e/ ou atividade motora (e.g., ambientes calmos, sons brandos, concentração da atenção em processos internos – como a respiração), aumento de estimulação sensorial e/ ou motora e/ ou emocional (e.g., excitação através de músicas e danças, induções hipnóticas baseadas em saturação sensorial, rituais religiosos com vocalizações intensas), aumento do estado de alerta ou de desenvolvimento mental (e.g., situações de emergência, orações repetitivas), diminuição do estado de alerta ou relaxamento das faculdades críticas (e.g., relaxamento, ‘entrega’, sonolência, desidratação), alterações neurológicas e/ ou químicas no organismo (e.g., por estimulação neurológica através de campos eletromagnéticos, pelo consumo ritual ou não de substâncias – como *ayahuasca*, LSD etc.), entre outros.¹⁵⁷

Quando falamos do tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas religiosas, com base na espiritualidade, devemos colocar a fé como elemento importante à prática espiritual. Dentro do aspecto psicológico, Maria Eliane Azevedo Silva diz que ter fé significa “estar possuído por aquilo que toca incondicionalmente o ser humano e corresponde no plano psíquico a um processo de lento amadurecimento”¹⁵⁸. Já no âmbito da religião, Roberto Hofmeister Pich afirma que a fé é a forma encontrada pela religião para conhecer a Deus, sendo entendida ao mesmo tempo como um “dom e como uma condição cognitiva do sujeito humano para uma vida religiosa”¹⁵⁹. Um ponto comum na explicação dos dois autores é que fé faz parte da subjetividade do sujeito. A fé se concretiza quando provoca mudanças de comportamento de maneira prática dentro dos campos afetivos e cognitivos do sujeito e espera-se que a partir de tais mudanças ocorram melhorias na qualidade de vida e bem-estar na vida do sujeito por meio de melhores escolhas e busca por melhores condições de vida – considerando que tal sujeito terá opções e oportunidades.¹⁶⁰

A partir do que foi dito até aqui, percebemos que a modalidade de tratamento em comunidades terapêuticas representa um reflexo dos aspectos político, cultural e religioso brasileiro. As comunidades terapêuticas surgiram como estratégia de tratamento às consequências do uso abusivo e compulsivo de drogas encabeçado pelas instituições religiosas diante da ausência de políticas públicas do Estado. Popularizou-se e ainda é reconhecida como uma maneira eficaz de tratamento, visto que a sociedade ainda entende que a internação é a melhor maneira de cuidado, comparada ao atendimento nos equipamentos e

¹⁵⁷ ZANGARI; MARALDI; MARTINS; MACHADO, 2013, p. 427.

¹⁵⁸ SILVA, Maria Eliane A. da. Psicologia do desenvolvimento e religião. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 412.

¹⁵⁹ PICH, Roberto H. Religião como forma de conhecimento. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 143-160. p. 146.

¹⁶⁰ FRAAS, Hans-Jürgen. *A religiosidade humana: compêndio de psicologia da religião*. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 1997. p. 47.

serviços preconizados na RAPS e que, de certo modo, não tem obtido êxito em dar respostas imediatas à população. Com a possibilidade de receber financiamento com recurso público, as comunidades terapêuticas devem então despir-se do discurso religioso e prática de evangelização, passando então a trabalhar dentro da proposta de acompanhamento laico – porém há uma dificuldade em dissociar-se a religião da espiritualidade e por isso algumas instituições ainda incorporam ao plano terapêutico os ritos e símbolos religiosos.

2.2 Comunidade terapêutica e as políticas públicas sobre drogas

O uso de substâncias psicoativas de modo abusivo ou que configure dependência pode ser considerado um fenômeno da modernidade, dada a possibilidade de o homem ou a mulher buscarem no efeito do uso dessas substâncias uma produção de sentido a fim de lidar com a realidade da vida.¹⁶¹ Dessa forma, o uso de drogas está associado ao desejo de atenuar os diversos problemas de ordem social, financeira e psicológica advindos na Era Moderna e que também estão associadas à exploração do mais vulnerável. A configuração do fenômeno das drogas como uma das expressões da questão social se justifica porque o uso indeterminado das substâncias psicoativas podem trazer mais problemas ao indivíduo diante do risco da dependência, bem como outros problemas ligados ao uso (que também se configuram em outras expressões da questão social), como, por exemplo: problemas financeiros, risco maior de ocorrência de acidentes, desgaste na relação familiar, comportamentos violentos, atos que configurem crime ou contravenção, entre outros.

Iamamoto define a questão social como uma “arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários formados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais”¹⁶². Portanto, a determinação da licitude e ilicitude de determinadas substâncias psicoativas, bem como o modo de enfrentamento da problemática que envolve o uso representam a intervenção do Estado no problema relacionado ao uso de drogas, que se configura em “um aparato normativo permeado pela repressão e proibicionismo, empenhado em combater a criminalidade por meio de dispositivos autoritários e de um severo controle da população”¹⁶³

¹⁶¹ PAZOLINI, Pollyana T. R. *O trabalho profissional do Serviço Social nas comunidades terapêuticas subsidiadas pelo Governo do Estado do Espírito Santo*. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade do Estado do Espírito Santo, Vitória, 2020. p. 99.

¹⁶² IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 156.

¹⁶³ PAZOLINI, 2020, p. 101.

a partir de um discurso moralista e muitas vezes de cunho religioso, que classifica o uso da substância como doença ou crime.¹⁶⁴

A criminalização das drogas iniciou nos Estados Unidos e o Brasil seguiu os moldes ditados pelo governo americano. Janine M. Pereira afirma que as ações e legislação proibicionistas em relação às substâncias psicoativas que foram levantadas nos Estados Unidos eram imbuídas de moralismo, conforme o estilo de vida americano – com forte influência do cristianismo protestante.¹⁶⁵ Apesar do aspecto moralista, o modelo proibicionista não ajudou a reduzir o consumo de drogas e ainda estimulou o tráfico e a violência, atingindo de forma negativa a população marginalizada.¹⁶⁶ Giovana Bardi diz em sua pesquisa que o Brasil, a princípio, não sofreu com o narcotráfico e consumo de drogas porque era usado como “corredor de trânsito” para o escoamento das drogas produzidas na Colômbia, Peru, Bolívia e Paraguai que eram destinadas para consumo nos Estados Unidos e países da Europa.¹⁶⁷

Sob a influência do governo americano, a partir da década de 1920 a legislação brasileira inclui leis e decretos para tratar a temática sobre drogas, mas somente a partir de 1998 dá-se início à construção de uma política nacional específica sobre drogas¹⁶⁸, com as criações do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Em 2002 a SENAD estabeleceu a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Com apoio da participação popular, houve um processo de realinhamento e atualização da política e em 2005 o prefixo “anti” foi substituído pelo termo “sobre”, dessa forma a política deixou de ser “antidrogas” e passou a ser “sobre drogas”¹⁶⁹.

Em 2006 a SENAD instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), “suplantando uma legislação de trinta anos, a qual estava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais”¹⁷⁰. Em 2019 as leis que dispõem sobre o SISNAD são alteradas, com a criação da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), (vinculado ao Ministério da Cidadania) e o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD). A nova PNAD definiu que a

¹⁶⁴ PAZOLINI, 2020, p. 101.

¹⁶⁵ PEREIRA, 2016, p. 45-46.

¹⁶⁶ BARDI, 2019, p. 48.

¹⁶⁷ BARDI, 2019, p. 48.

¹⁶⁸ Sugerimos a leitura dos estudos de Bardi (2019) e Pazolini (2020), que abordam o histórico da legislação nacional sobre drogas de maneira mais aprofundada.

¹⁶⁹ A mesma mudança da nomenclatura ocorreu em 2008 para o CONAD e a SENAD.

¹⁷⁰ DUARTE Paulina do C. A. V.; DALBOSCO, Carla. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMILIANO, Vitore André Z. (orgs.). *Capacitação para comunidades terapêuticas*. Conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. p. 12.

SENAPRED e a SENAD (vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública) articularão e coordenarão a implementação da PNAD, no âmbito de suas competências.

A dependência química, enquanto um problema de saúde mental, também é contemplada na política de saúde mental por meio da Lei Federal nº 10.216/ 2001¹⁷¹ (que assegura os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial de saúde mental). A política de saúde mental é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde para mudar o tratamento ofertado às pessoas com transtornos mentais, por meio da desinstitucionalização e criação de serviços de atenção psicossocial de base territorial, formando rede com outras políticas públicas - inspirado nas experiências exitosas de países europeus.¹⁷² Os princípios dessa mobilização estimularam a criação de serviços regulados pelos Estados e Municípios que, com o passar do tempo, se tornaram dispositivos públicos que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No tratamento da dependência química, a política de saúde mental é direcionada pela Redução de Danos¹⁷³.

A RAPS¹⁷⁴ foi regulamentada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e inclui as comunidades terapêuticas¹⁷⁵ como um Serviço de Atenção em Regime Residencial, com a finalidade de “oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”¹⁷⁶, tendo o CAPS como responsável pela indicação do acolhimento e acompanhamento durante o período do cuidado. As comunidades terapêuticas

¹⁷¹ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2001.

¹⁷² GARCIA, Leon; SANTANA, Patrícia; PIMENTEL, Pollyanna; KINOSHITA, Roberto T. Política nacional de saúde mental e organização da rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). In: KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMILIANO, Vitore André Z. (orgs.). *Capacitação para comunidades terapêuticas*. Conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. p. 23.

¹⁷³ “Redução de danos (RD) é um conjunto de estratégias que visa minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente ter de se abster do seu uso”. DOMANICO, Andrea. História, Conceito e Princípios de Redução de Danos. In: SURJUS, L. T. L S.; FORMIGONI, M. L. O. S.; GOUVEIA, F. (orgs.). *Redução de Danos*. Conceitos e Práticas. Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. São Paulo: UNIFESP, 2019, p. 6.

¹⁷⁴ Os componentes da RAPS são: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Consultório de Rua, Centro de Convivência e Cultura, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Atenção em Regime Residencial, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral, Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta pra Casa, Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

¹⁷⁵ O termo “comunidade terapêutica” foi utilizado inicialmente pelo psiquiatra Maxwell Jones, que preocupado com o fato de a psiquiatria tradicional não estar ajudando os pacientes internados, procura desmistificar a imagem autoritária dos profissionais que atuavam nos hospitais psiquiátricos, insistindo na ideia de ajuda mútua. Essa abordagem terapêutica é precursora dos modelos de comunidade para tratamento do uso de substâncias psicoativas.

¹⁷⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.088, de 23 dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 247, p. 230-232, 26 dez. 2011.

representam mais um meio de tratamento e atenção para as pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, dentre outros modelos de tratamento reconhecidos pela política nacional de saúde mental. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) faz considerações quanto à organização e rotina praticada nas comunidades terapêuticas:

Desenvolvidas e disseminadas a partir de iniciativas não governamentais, estas instituições se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs. Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT.¹⁷⁷

No Brasil, as comunidades terapêuticas se multiplicaram sem qualquer regulamentação, porém algumas já estavam organizadas em federações.¹⁷⁸ Diante da necessidade de normatizar o funcionamento para garantir segurança e qualidade no trabalho desenvolvido, o Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), adotou a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC 101/ 2001 (atualizada pela RDC 29/ 2011) a fim de estabelecer o regulamento técnico para funcionamento das comunidades terapêuticas. A RDC 101/ 2001 conceitua as comunidades terapêuticas (localizadas em território urbano ou rural) como:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.¹⁷⁹

A ANVISA também tipifica o serviço oferecido pelas comunidades terapêuticas como um serviço de acolhimento simples:

¹⁷⁷ INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Nota Técnica nº 21. *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*, 2017. p. 8

¹⁷⁸ Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRAC), Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélica do Brasil (FETEB), Cruz Azul do Brasil e Federação Norte e Nordeste.

¹⁷⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 101 de 30 de maio de 2001. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 105, p. 23, 31 mai. 2001.

Em regra, quando nos referimos a Comunidades Terapêuticas estamos nos referindo à Comunidade Terapêutica simples (também conhecidas como típicas, ou ainda conforme a Lei 11.343/2006 – alterada pela Lei 13.840/2019 – denominadas de Comunidades Terapêuticas Acolhedoras), isto é, aquelas instituições que não realizam terapêuticas que dependam de profissionais de saúde¹⁸⁰.

A partir do momento em que as instituições passam a se organizar para normatizar o funcionamento, também passam a receber financiamento público por meio de credenciamento junto ao governo para prestação de atendimentos e acesso a tratamento às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Pollyana Tereza Ramos Pazolini, em sua dissertação sobre o trabalho do/a assistente social nas comunidades terapêuticas credenciadas ao Rede Abraço, faz uma dura crítica à compra de vagas em comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química, em detrimento do atendimento na RAPS e aponta que a atual Política Nacional sobre Drogas desvaloriza e sucateia o trabalho desenvolvido nos demais serviços e equipamentos da RAPS, para investir dinheiro público nas comunidades terapêuticas – que, segundo a autora, possuem viés ideológico, de caráter higienista, com centralidade na abstinência e combate às drogas.¹⁸¹

No contexto estadual, em 2012 foi instituído pelo Governo do Espírito Santo o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (SISESD) “para articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como repressão ao tráfico ilícito de drogas”¹⁸², que atualmente é gerenciada pela Subsecretaria de Estado de Políticas sobre Drogas (SESD). O financiamento público a partir de um programa de governo específico para tratamento em comunidades terapêuticas (com base na legislação nacional) foi iniciado com a criação do Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas – Rede Abraço¹⁸³.

Atualmente o Rede Abraço está organizado em quatro eixos: prevenção; cuidado e tratamento; reinserção social; e estudos, pesquisas e avaliações. Destaca-se como um programa de governo prioritário da atual gestão estadual. Conta com um Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD) que é um equipamento público estadual para atendimento à comunidade com objetivo de prestar acolhimento e direcionamento às necessidades das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e

¹⁸⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria *Perguntas e respostas: comunidades terapêuticas*. Brasília, [n.p.], 13 out. 2021.

¹⁸¹ PAZOLINI, 2020, p. 129.

¹⁸² ESPIRÍTO SANTO (Estado). *Lei nº 9.845, de 31 de maio de 2012*. Vitória, 2012.

¹⁸³ O Programa Rede Abraço foi lançado em 2013, no primeiro governo de Renato Casagrande. No governo de Paulo Hartung passou a figurar como Programa Integrado de Valorização à Vida – PROVIV (2015) e retornou como Rede Abraço na atual gestão do governador Renato Casagrande, a partir de 2019.

outras drogas, composto por uma equipe multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionista e técnico de enfermagem.¹⁸⁴

A partir do acolhimento e avaliação inicial realizado no CAAD, a equipe multidisciplinar avaliará a proposta terapêutica mais indicada para o caso da pessoa que buscou o atendimento, podendo indicar o acolhimento voluntário em comunidade terapêutica. O CAAD oferece atendimento individual e familiar, atendimentos em grupos de acompanhamento e encaminhamentos para Rede de saúde e socioassistencial, defensoria pública, hospitais gerais e comunidades terapêuticas credenciadas¹⁸⁵. No site do Observatório Capixaba de Informações sobre Drogas (OCID) encontramos informações sobre as comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço, sendo atualmente cinco instituições¹⁸⁶, para onde são encaminhadas as pessoas que desejam tratamento voluntário em regime de acolhimento.

Considerando as informações relacionadas à política pública sobre drogas, percebemos que as esferas de governo nacional e estadual dão destaque às comunidades terapêuticas para o tratamento decorrente do uso de substâncias psicoativas. Segundo o *survey* do IPEA¹⁸⁷ aproximadamente 82% das comunidades terapêuticas brasileiras está atrelada a alguma igreja ou organização religiosa de matriz cristã. Em especial no Estado do Espírito Santo é importante observar o caráter religioso dessas instituições, que em sua maioria estão vinculadas a organizações religiosas de segmento cristão. Além disso, muitos proprietários de comunidades terapêuticas mantêm algum tipo de associação com políticos e com o poder público, representados principalmente pelas bancadas evangélicas.

A justificativa que os gestores públicos apontam para a compra de vagas em comunidades terapêuticas é a escassez de serviços públicos que consigam dar conta dos problemas relacionados ao uso de drogas. Alguns consideram as comunidades terapêuticas como o modelo de tratamento mais acessível e de solução imediatista. A visão antagônica sobre o cuidado oferecido na comunidade terapêutica e o modelo de cuidado oferecido nos serviços e equipamentos da RAPS aponta para o caráter ideológico distinto dos que apoiam a política de redução de danos e os que apoiam o modelo de tratamento adotado pela comunidade terapêutica:

Este modelo de cuidado – denominado psicossocial, por incorporar a observação de variáveis sociológicas ao diagnóstico dos transtornos psíquicos – se revelaria, no

¹⁸⁴ ESPÍRITO SANTO, 2021.

¹⁸⁵ ESPÍRITO SANTO, 2022.

¹⁸⁶ Informações retirada do OCID, disponível em: <https://ocid.es.gov.br/sobre-o-observatorio>

¹⁸⁷ IPEA, 2017, p. 20.

entanto, bastante discrepante dos princípios e das práticas adotados pelas comunidades terapêuticas, notadamente: a exigência da abstinência de drogas como condição para o tratamento (em oposição à lógica da redução de danos); a internação prolongada dos pacientes (e sua conseqüente segregação de seu ambiente familiar e comunitário); e o uso de símbolos e rituais religiosos/ espirituais como recurso terapêutico.¹⁸⁸

Até aqui fizemos um resgate da Política Nacional sobre Drogas com centralidade no tratamento em comunidades terapêuticas. Na próxima seção abordaremos sobre o fenômeno religioso nas comunidades terapêuticas considerando a relevância da religião como fonte de regra e apoio para as comunidades terapêuticas, mas apontando como destaque a espiritualidade como recurso terapêutico no processo de tratamento ofertado nessas instituições – reconhecendo a religião fora do seu espaço sagrado, em um diálogo entre a religião e a secularização.

2.3 A práxis do Serviço Social na comunidade terapêutica

A exigência de qualificação no serviço prestado pelas comunidades terapêuticas a partir da inserção dessas instituições na política sobre drogas fez com que essas se constituíssem como mais um espaço de trabalho para o/a assistente social. Em busca de superar os desafios no cotidiano do trabalho profissional nas comunidades terapêuticas é importante construir estratégias de intervenção com base nas dimensões da prática interventiva do Serviço Social (teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa) para garantia de acesso às políticas públicas das pessoas acolhidas nas comunidades terapêuticas, a fim de coibir que práticas baseadas nos valores que direcionam a abordagem de tratamento de cunho religioso e moralista proposto interfiram no processo de trabalho dos assistentes sociais.

O/a assistente social da comunidade terapêutica deve escolher os métodos e instrumentos que respondam as demandas do cotidiano profissional na comunidade terapêutica, requeridas tanto pela instituição quanto pelo acolhido assistido, a partir de um plano de trabalho. Deve auxiliar o acolhido na comunidade terapêutica a compreender sua relação com o uso de substâncias psicoativas com base na realidade social e econômica desse sujeito, evitando agir dentro de um viés messiânico no intuito de “salvar” esse indivíduo e assim evitar uma relação de co-dependência. O/a assistente social vai trabalhar na viabilização

¹⁸⁸ IPEA, 2017, p. 10.

e acesso à direitos sociais, evitando leituras moralistas e conservadoras que reforçam o cerceamento de direitos do dependente químico.

Seguindo a lógica de que a religião é parte importante da composição social, fornecedora de moralidade e código de conduta, a reprodução de ideias e a ação a partir de uma ética religiosa se torna comum para muitos profissionais do Serviço Social que passaram por alguma forma de socialização religiosa – devido aos nexos de sentido que estabelecem entre os valores religiosos e a profissão¹⁸⁹. Isso pode fazer com que o/a assistente social que trabalha na comunidade terapêutica adicione valores e ações afetivas à prática profissional, ao invés da utilização de técnicas e instrumentais para a realização de atendimento individual ou em grupo. Isso porque a tensão entre o “ser” e o “dever ser” é próprio do dualismo religioso do cristianismo e, nesse sentido, as intervenções do profissional podem ser repletas de valores religiosos.

Como já abordado no texto, a dependência química deixou de ser circunscrita ao âmbito puramente individual e se estabelece como um problema social e de saúde pública. Alguns pesquisadores apontam a religiosidade/ espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ ou abandono do uso de drogas – ou seja, indivíduos religiosos tem menor propensão ao uso ou manutenção do uso de substâncias psicoativas. As pesquisas também consideram outras variáveis na influência ao uso de drogas, tais como: problemas na relação sociofamiliar, vulnerabilidade na moradia e território, dificuldade no acesso à educação, esporte, lazer e desemprego.¹⁹⁰ Todas essas variáveis são expressões da questão social e podem contribuir para o agravamento da saúde das pessoas, incluindo o transtorno da dependência química. Auxiliar no enfrentamento às expressões da questão social é parte fundamental no trabalho do/a assistente social inserida na comunidade terapêutica.

Considerando a Política Nacional sobre Drogas e entendendo as comunidades terapêuticas como um espaço sócio-ocupacional de trabalho para o/a assistente social, é importante conhecer sobre a prática do profissional nesses espaços, bem como a caracterização desse serviço. Cada comunidade terapêutica possui um plano de trabalho que estabelece as normas, rotina e atividades que serão desenvolvidas com objetivo de promover o cuidado ao acolhido que vise abstinência ao uso de substâncias psicoativas. Tal plano deve inserir atividades que promovam a reinserção social e econômica desse acolhido, em um “ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre pares,

¹⁸⁹ SIMÕES NETO, 2005, p. 69-70.

¹⁹⁰ ABDALA, Gina A.; RODRIGUES, Wellington G.; TORRES, Amilton; RIOS, Mino C.; BRASIL, Mágela de S. A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. *Revista de Estudos da Religião - REVER*, São Paulo, v. 10, p. 77-98, mar. 2010. p. 81.

atividades práticas e de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal”¹⁹¹. Portanto, o acesso da pessoa acolhida na comunidade terapêutica às políticas públicas, programas, equipamentos e serviços são parte importante no desenvolvimento do fazer profissional do/a assistente social.

Para conhecer as demandas do sujeito assistido na comunidade terapêutica o/a assistente social fará atendimentos individuais e em grupo¹⁹², utilizando comunicação assertiva e escuta qualificada a fim de identificar as vulnerabilidades do acolhido e suas necessidades, para depois realizar as articulações e encaminhamentos aos recursos disponíveis. Nesses atendimentos o/a assistente social poderá perceber as limitações e comorbidades da pessoa acolhida, seus comprometimentos de saúde (físico e mental) e fazer o levantamento de sua realidade social. No desenvolvimento do seu trabalho, o/a assistente social precisa compreender as condições de vida em que esse sujeito está inserido dentro do âmbito material, socioeconômico e cultural que interferem no processo saúde-doença; compreender as respostas que o Estado e a sociedade oferecem a esse sujeito; trabalhar de maneira multiprofissional, incluindo o acolhido, em busca de estratégias de intervenção para a sua realidade por meio da elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA).¹⁹³

A triagem é parte do processo de atendimento individual, sendo o primeiro contato direto do/a assistente social com o acolhido. Por meio desse atendimento inicial é possível conhecer as principais demandas e estabelecer metas em curto, médio e longo prazo para a resolução delas. No atendimento individual é possível construir o perfil socioeconômico do acolhido com vistas a possibilitar formulação de estratégias de intervenção para as questões de ordem habitacional, trabalhista, previdenciária e familiar dos acolhidos; facilitar e possibilitar o acesso aos serviços sociais e de saúde; conhecer e articular o atendimento junto a RAPS seja no território onde a comunidade terapêutica está inserida, quanto no território para onde o acolhido irá após alta; fortalecer os vínculos familiares.

No atendimento em grupo o profissional pode democratizar informações por meio de orientações; trabalhar temas identificados pelos acolhidos; propiciar espaço de reflexão sobre o cotidiano e formas de enfrentamento dos problemas identificados. Para tanto, nas palavras de Marilda V. Yamamoto, o/a assistente social é desafiada a “desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e

¹⁹¹ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Casa Civil. Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019. *Diário Oficial Eletrônico*: p. 2, 09 abr. 2001.

¹⁹² “Artigo 4º: Constituem competências do Assistente social: [...] III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população”. MINISTÉRIO DO TRABALHO. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. *Diário Oficial da União*: Brasília, p. 7613, 08 jun. 1993.

¹⁹³ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. 2001.

efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo”¹⁹⁴. Dentro da proposta de reinserção social, o acolhido em comunidade terapêutica deve compreender a instituição como espaço de inclusão onde poderá ampliar seu potencial para retornar ao convívio social, com possibilidade de: elevação de escolaridade, qualificação profissional, fortalecimento de vínculos, noção dos seus direitos e deveres para superação da sua vulnerabilidade e formulação de projeto de vida.

O/ assistente social que trabalha em comunidade terapêutica integra uma equipe multiprofissional (em conjunto com psicólogo, terapeuta ocupacional, arte-terapeuta, conselheiro em dependência química, entre outros, a depender da organização da instituição). Importante afirmar que não cabe o/a assistente social realizar qualquer atividade terapêutica como método interventivo ou técnica profissional, visto que “a realização de terapias não constitui atribuição e competência do/a assistente social”¹⁹⁵ porque a profissional não tem formação técnica para tanto. Também temos que considerar que o/a assistente social enquanto trabalhadora assalariada vende sua força de trabalho para empregadores estatais ou privados e para efetivação do seu trabalho necessita de meios e condições fornecidos pelo empregador¹⁹⁶ e muitas vezes as instituições que contratam o/a assistente social não oferecem as condições necessárias e valorização do profissional para o bom desenvolvimento do trabalho (como, por exemplo: salário digno, sala de atendimento adequada e recursos para realização dos atendimentos).

A diferença do exercício profissional do/a assistente social para as práticas assistencialistas desenvolvidas por leigos e por ações voluntárias de religiosos está na prática de mediar a realidade social e a satisfação das necessidades do acolhido na comunidade terapêutica. O fazer profissional do/a assistente social se dará por meio de escolhas éticas para a prática interventiva, respeitando o indivíduo e seus direitos enquanto cidadão considerando a dimensão da diversidade no entendimento da individualidade humana – as diferenças quanto à relação de gênero, étnico-racial, orientação sexual, aspectos culturais e religiosos. O/ assistente social atuante na comunidade terapêutica deve coibir ações de violações de direitos humanos nesses espaços, tais como: “isolamento, proibicionismo, exploração da força de trabalho (laborterapia), moralismo expresso nas normativas e na dinâmica institucional”¹⁹⁷.

¹⁹⁴ IAMAMOTO, Marilda V. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo, Cortez: 1998. p. 20.

¹⁹⁵ CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Resolução 569, de 25 de março de 2010*. Dispõe sobre a vedação de realização de terapias associadas ao título e/ou exercício profissional do assistente social.

¹⁹⁶ IAMAMOTO, 1998, p. 95.

¹⁹⁷ CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas*. Brasília, 2018. p. 16.

Partindo da ideia de que as comunidades terapêuticas devem promover o acompanhamento psicossocial¹⁹⁸, é importante explicar que abordagem psicossocial envolve conjuntamente aspectos psicológicos e sociais, com a prática complexa e articulada entre saberes e fazeres do psicólogo e do/a assistente social. Tal abordagem não invalida as diretrizes norteadoras no Serviço Social, entretanto para fins de continuidade da pesquisa sobre a influência da religião no tratamento da dependência química trataremos do tema com base na Psicologia da Religião com objetivo de aprofundar sobre o aspecto espiritual no tratamento.

Ao abordar sobre Ciências das Religiões aplicada a psicoterapia, Ênio Brito Pinto entende que as fronteiras da área de Ciências das Religiões não são estritamente delimitadas, visto que este campo é multidisciplinar e plural. O autor afirma que o mundo religioso é objeto de estudos das Ciências das Religiões, onde cabe a “religiosidade, a espiritualidade, os mitos, os rituais, a história, a linguagem, as religiões, as pessoas de vida religiosa, as pessoas com sua vida religiosa, a moral e a ética religiosa, enfim tudo que se refira ou que contenha religião”¹⁹⁹. Portanto, partindo desse entendimento, podemos considerar as comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química como um campo de estudo para o cientista da religião.

Assim como na abordagem psicossocial, o estudo em Ciências das Religiões é complexo e exige do profissional a busca de ampliação de seus conhecimentos sem perder o foco principal de sua área de formação profissional. Ênio Brito Pinto afirma que “esta busca traz a necessidade de um saber que não permita a fragmentação do conhecimento, mas possibilite a integração gerada pela boa confluência ente o aprofundamento e a horizontalização dos saberes”²⁰⁰. A fim de delimitar o campo da Psicologia da Religião, o autor cita Eliana Massih ao afirmar que a Psicologia da Religião é uma disciplina “não confessional que estuda as experiências religiosas individuais e coletivas e seu reflexo no amadurecimento humano e religioso das pessoas e das comunidades”²⁰¹, tendo como objeto de estudo a experiência religiosa. A Psicologia da Religião estudará os impactos da secularização, a espiritualidade e a moral religiosa na organização da vida das pessoas.²⁰²

¹⁹⁸ Conforme o Edital de Credenciamento Nº 001/2018, considerando que nosso problema de pesquisa está em torno das comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço.

¹⁹⁹ PINTO, Ênio B. Ciência da religião aplicada à psicoterapia. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p. 677-678.

²⁰⁰ PINTO, 2013, p. 678.

²⁰¹ MASSIH *apud* PINTO, 2013. p. 679.

²⁰² PINTO, 2013, p. 679.

Algumas vertentes da psicologia entendem que o ser humano é composto por três dimensões: o corpo, a mente e o espírito. Ao aplicar a espiritualidade em uma modalidade de tratamento, pode-se compreender a dimensão espiritual como uma possibilidade de promover um aprofundamento na relação consigo mesmo e com os outros, o que implica responsabilidade e liberdade na tomada de decisões ao longo da vida²⁰³. Dessa forma a espiritualidade se caracteriza por ser o lugar da lida com valores, fundamentação das escolhas, orienta nossa moralidade e dá sentido à vida.²⁰⁴

Paulo Dalgarrondo faz apontamentos sobre a associação das dimensões da vida religiosa com a promoção de bem-estar, qualidade de vida e rede de apoio social. O autor explica que o coping (enfrentamento) religioso/ espiritual é “o conjunto de procedimentos cognitivos e comportamentais dos quais as pessoas lançam mão perante eventos difíceis ou estressantes da vida, que surgem ou estão vinculados à religião ou a espiritualidade de um indivíduo”²⁰⁵ e que podem trazer efeitos positivos dependendo do contexto social do sujeito. O autor argumenta que ter uma religião e ser participante dela gera maior apoio social, coesão social, boa conduta familiar e sentido para a vida – “um sentido para a vida também pode fornecer um senso de objetivo a todas as ações empreendidas, uma direção no destino, algo que incrementa esperança e motivação”²⁰⁶. Apesar dos aspectos positivos acima citados, a religião também pode exercer um efeito negativo sobre a saúde mental e bem-estar do sujeito, quando ela estabelece padrões de moralidade e conduta que podem gerar sentimento de culpa, vergonha e medo, bem como incapacidade e enfraquecimento moral.²⁰⁷

Considerando as informações apresentadas, o/a assistente social atuante em comunidade terapêutica também deve ficar atento ao caráter subjetivo representado pela religiosidade do sujeito atendido, levando em conta sua história de vida e relações sociais. Apesar dos aspectos positivos ligados a religião e a reinserção social, consideramos que a prática da espiritualidade sem proselitismo religioso é o mais adequado na abordagem terapêutica para o tratamento da dependência química em comunidades terapêuticas. Entretanto sabe-se que essa prática não será consenso devido ao fato de que a maior parte das comunidades terapêuticas é criada a partir de um viés missionário, a partir do trabalho desenvolvido por determinada doutrina religiosa, configurando-se “como instituições

²⁰³ PINTO, 2013, p. 681-682.

²⁰⁴ PINTO, 2013, p. 683.

²⁰⁵ DALGALARRONDO, 2008, p. 187.

²⁰⁶ DALGALARRONDO, 2008, p. 190.

²⁰⁷ DALGALARRONDO, 2008, p. 190-191.

privadas, confessionais, em que a religião se torna instrumento de tratamento, sem atentar para a realidade social, ética, cultural e religiosa do sujeito”²⁰⁸.

Pode-se perceber a complexidade do entendimento em relação ao trabalho desenvolvido nas comunidades terapêuticas, de modo que essas instituições são alvo de discussão e embates entre os que são a favor e os que são contra esse modelo de atendimento, bem como o financiamento público desses espaços. Entretanto não podemos deixar de considerar que as comunidades terapêuticas são amplamente requisitadas na promoção da assistência ao dependente químico. Como citado anteriormente, a ausência do Estado em desenvolver ações de cuidado e assistência no trato do uso abusivo e compulsivo de substâncias psicoativas fez com que as igrejas tomassem para si a responsabilidade de auxiliar na prevenção e tratamento dos problemas relacionados à dependência química, utilizando a espiritualidade e a religiosidade como estratégia de cuidado. Ao longo dos anos algumas instituições se especializaram e hoje possuem regulamentação própria para o funcionamento - conforme as legislações informadas.

Apesar dos marcos regulatórios, ainda existem instituições intituladas como comunidades terapêuticas que não trabalham seguindo as normas e legislação de regulamentação e, assim, prejudicam o tratamento das pessoas que buscam assistência nesses espaços devido a violação de direitos e práticas de intervenção duvidosas no trato da dependência química. Outras, ainda que trabalhem se enquadrando nas diretrizes da SENAPRED, não desvinculam o tratamento oferecido do proselitismo religioso e discurso moralista e, dessa forma, acabam por cercear o sujeito em sua individualidade e diversidade. Cabe então ao/a assistente social inserido nesses espaços atuar para que o trabalho desenvolvido nas comunidades terapêuticas promova inclusão, respeito e dignidade da pessoa acolhida. Ou seja, promova a garantia de direitos e não desenvolva o trabalho dentro de uma lógica assistencialista.

²⁰⁸ CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. 2018. p. 15.

3 SERVIÇO SOCIAL E RELIGIÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Não podemos falar da evolução das políticas públicas no Brasil sem citar que antes da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) as entidades religiosas desenvolviam atividades caritativas e filantrópicas (estimuladas pelo dever moral ou por outros interesses) para auxílio à população mais pobre em suas necessidades sociais e de saúde. E antes mesmo de essas entidades se organizarem para atender aos pobres, esses já recorriam a práticas tradicionais desenvolvidas por curandeiros, benzedeiros e pajés. Durante muito tempo a população foi assistida por instituições religiosas e seus representantes, tal fato está ligado à cultura social brasileira e até hoje a população recorre às práticas tradicionais ligadas ao sistema religioso para receber assistência social e à saúde. Portanto, a comunidade terapêutica representa esse campo religioso moderno de cuidado integral ao necessitado.

No que diz respeito a política de saúde, em específico a política de saúde mental, a reforma psiquiátrica brasileira tem como proposta desconstruir o modelo assistencial biomédico e colocar o modelo de cuidado de atenção psicossocial como protagonista no tratamento de transtornos mentais, incluindo os decorrentes de álcool e outras drogas, com objetivo de eliminar os efeitos danosos da institucionalização do sujeito em estruturas manicomiais. O modelo biomédico entende saúde como ausência de doença e considera o fenômeno da dependência química como um transtorno mental, com tratamento ligado a assistência psiquiátrica. Já na atenção psicossocial o tratamento da dependência química não envolve um simples processo de diagnóstico e cura (limitado ao binômio saúde/doença unicausal), mas propõe cuidar da pessoa em sua integralidade.

No capítulo anterior discorremos sobre os tipos de tratamento da dependência química a partir das políticas públicas e do modelo assistencialista religioso das comunidades terapêuticas. Assim, percebemos que o campo de atenção ao dependente químico é lugar de disputa e relações entre atores sociais que procuram impor sua perspectiva através de estratégias e propostas para a resolução da problemática envolvendo o uso de álcool e outras drogas. A Política Nacional sobre Drogas coloca as comunidades terapêuticas acolhedoras como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial, tendo esses espaços como parte da rede de apoio e serviços comunitários que podem oferecer suporte ao indivíduo dependente químico.

Nesse capítulo vamos abordar sobre o tratamento oferecido nas comunidades terapêuticas no contexto da religião, com base nas observações feitas durante as visitas nas comunidades terapêuticas trabalhando como assistente social do CAAD/ Rede Abraço e em pesquisas de outros autores que também retrataram sobre o tratamento da dependência

química em comunidades terapêuticas no Espírito Santo. Pretende-se perceber a interferência da religião no tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço, pontuar como a religião/ espiritualidade deve ser trabalhada nesses espaços (considerando o Estado laico) e como o Serviço Social pode interferir nesse trabalho de modo a favorecer o tratamento da dependência química, bem como propor uma abordagem do Serviço Social nesses espaços em consonância com o Projeto Ético-Político da profissão.

3.1 Como a religião se apresenta nas comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço

Vimos ao longo do texto que alguns pesquisadores reduzem o campo religioso a relações de poder e entendem a intervenção religiosa no tratamento da dependência química em comunidades terapêuticas como formação doutrinária, moralista e meio de alienação – a depender da instituição é possível que tais afirmações sejam verdadeiras. Entretanto é importante perceber também como a religião auxilia na promoção de um estilo de vida mais saudável e a relevância das ações assistenciais promovidas pelas instituições religiosas no Brasil. Dessa forma, é importante compreender o mundo social dentro das comunidades terapêuticas e como as relações sociais influenciam em favor do tratamento.

A cosmovisão de mundo auxilia a pessoa no tratamento de viés religioso a escolher as alternativas que gerem melhores resultados para sua vida, entretanto os contextos de vida particular e social devem ser levados em consideração, pois a relação sociofamiliar, situação econômica e eventos que impactam a sociedade podem ampliar ou reduzir as chances de adesão ao tratamento. Observar o tratamento em comunidades terapêuticas como um fenômeno religioso traz a ideia de que a conversão é uma decisão racional ou motivada pela experiência religiosa (que é associada ao aspecto sobrenatural) com objetivo de atingir metas em curto, médio e longo prazo: abstinência ao uso de drogas, ter uma fonte de renda e controle financeiro, melhorar a relação familiar etc.

Nos capítulos anteriores expusemos que o Edital de Credenciamento 001/2018 do Programa Rede Abraço para comunidades terapêuticas coíbe o tratamento oferecido com base religiosa e que o plano terapêutico da comunidade terapêutica deve ser desenvolvido preferencialmente no tripé espiritualidade, convivência e laborterapia. Vimos também que, de modo geral, o modelo de cuidado proposto pelas comunidades terapêuticas é baseado no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade. O Edital de Credenciamento 001/2018 coloca a espiritualidade como elemento opcional ao acolhido, mas a destaca como importante pilar no

tratamento da dependência química, diferenciando religião de espiritualidade – que é relacionada ao significado da vida e razão de viver, não se limitando a crenças ou práticas religiosas²⁰⁹. Apesar de coibir o proselitismo religioso, o edital não impede a realização de cultos e ritos religiosos, mas diz que “a religiosidade individual dos acolhidos deve ser respeitada, e nos momentos dos ritos deve ser oportunizado, àqueles que não querem participar, uma outra opção de atividade”²¹⁰. Apesar de determinar que a comunidade terapêutica deve propor outra atividade para as pessoas que não desejam participar de cultos e ritos promovidos no espalho, o edital não é claro quanto ao tipo de atividade (se é uma atividade ligada a religião, ao desenvolvimento da espiritualidade, lazer etc.).

Na cláusula oitava do Edital de Credenciamento 001/2018 (que versa sobre as responsabilidades das partes), o documento diz que compete à instituição contratada: “desenvolver atividade de espiritualidade, sem discriminação de credo, que promovam a dimensão da pessoa humana que traduz a busca da plenitude da sua relação de bem-estar espiritual na forma que cada indivíduo concebe”²¹¹. Fica claro então que o Estado intenciona criar condições mais favoráveis para o cuidado e recuperação do dependente químico acolhido em comunidade terapêutica considerando o efeito protetor da religiosidade/espiritualidade, e ainda assim permanecer imparcial a questões religiosas. O Serviço Social brasileiro é uma profissão que defende a laicidade em seu projeto ético-político e é importante que o profissional assistente social inserido na comunidade terapêutica auxilie no desenvolvimento dessas atividades respeitando a individualidade de cada acolhido.

Sabemos que as comunidades terapêuticas surgem a partir de um modelo religioso e espiritual de tratamento, ligadas a instituições religiosas. A partir da inserção das comunidades terapêuticas na política pública sobre drogas, essas instituições passam a trabalhar a partir do viés da espiritualidade. Cabe então as seguintes questões: como a espiritualidade é trabalhada nas comunidades terapêuticas e como a assistente social percebe a influência da religião no tratamento oferecido nas comunidades terapêuticas credenciadas à Rede Abraço? Para responder tais questões, recorreremos às observações feitas em pesquisa etnográfica durante o período de trabalho enquanto assistente social, integrante da Subgerência de Reinserção Social do CAAD/ Rede Abraço.

Tal pesquisa é possível porque parte da rotina de trabalho era acompanhar por meio de visitas periódicas as comunidades terapêuticas credenciadas à Rede Abraço, em média uma

²⁰⁹ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2018, p. 20.

²¹⁰ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2018, p. 20.

²¹¹ ESPÍRITO SANTO (Estado), 2018, p. 45.

vez por mês. Tais visitas ocorreram no período de janeiro de 2021 a maio de 2022. Durante as visitas foi possível observar a rotina e atividades desenvolvidas nesses espaços, assim como a estrutura da instituição e postura dos profissionais no que diz respeito à prática da religião e desenvolvimento da espiritualidade. Algumas informações sobre a rotina e tratamento desenvolvidos pelas comunidades terapêuticas também foram retiradas das mídias e redes sociais das instituições, bem como de documentos que são públicos para a sociedade e que podem ser encontrados em buscas no Diário Oficial do Espírito Santo e E-Docs (sistema corporativo de gestão de documento do Governo do Espírito Santo).

O Programa Rede Abraço conta com cinco comunidades terapêuticas credenciadas pelo Edital 001/ 2018. No início de 2021 eram seis comunidades terapêuticas: cinco para atendimento masculino e uma para atendimento feminino. Entretanto a comunidade terapêutica direcionada ao acolhimento do público feminino foi descredenciada, suspensa de participar dos próximos chamamentos públicos e impedida de celebrar parceria por meio de editais pelo período de dois anos, a partir de maio de 2021, devido a irregularidades na prestação de serviços e violação de cláusulas do contrato (conforme consta no Diário Oficial do Espírito Santo e no sistema E-Docs).

Essa instituição ainda funciona e é coordenada por um casal de pastores. À época as denúncias levantadas pelas mulheres acolhidas eram de que as atividades diárias envolviam uma rotina intensa de laborterapia com capina do espaço e cuidado da horta, as atividades terapêuticas estavam relacionadas à realização de cultos e estudos bíblicos três vezes ao dia, as acolhidas referiram sentirem-se coagidas pelos coordenadores nos momentos de contato por telefone com a família – as visitas estavam suspensas devido à pandemia, bem como discriminação em relação ao gênero, além de não terem registros regulares nos prontuários de atendimento individual e em grupo com psicólogo e assistente social.

Quanto à estrutura e organização do espaço, foi observado que todas as comunidades terapêuticas apresentam elementos e representações, em maior ou menor quantidade, ligados à religião cristã. O fato de a maior parte dessas instituições ser ligada ao cristianismo não causa estranheza, já que, segundo dados do censo demográfico de 2010, quase 90% das pessoas entrevistadas afirmaram ser da religião católica ou de religiões evangélicas.²¹² Uma das instituições é vinculada à Igreja Católica Romana e, como característica dessa doutrina religiosa, pode-se ver no espaço símbolos da tradição católica (como imagens de santos

²¹² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. [Site institucional]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaques>. Acesso em: 13 set. 2022.

pintados nas paredes e em madeira entalhada). As outras instituições vinculadas ao seguimento evangélico utilizam textos bíblicos e pinturas que retratam narrativas históricas da bíblia, porém não foi observado nesses espaços qualquer representação que vincule as comunidades terapêuticas evangélicas a uma igreja cristã específica.

A fim de preservar o anonimato das comunidades terapêuticas, vamos referir a cada uma como CT1, CT2, CT3, CT4 e CT5. O objetivo é descrever os espaços que são destinados ao uso coletivo e apontar algumas observações em relação a práticas e situações específicas ligadas a oferta de tratamento que foram presenciadas, em onde foram percebidas manifestação da religião ou religiosidade.

A CT1 é a que mais apresenta elementos simbólicos religiosos em seu espaço físico. Essa comunidade terapêutica está localizada em área rural e o acesso ao local se dá apenas por meio de transporte particular, visto que não passa transporte público nas proximidades. Longe da região metropolitana, familiares que residem em municípios da Grande Vitória têm acesso dificultado e tal característica faz com que as pessoas acolhidas na instituição tenham restrição de visita dos familiares, bem como aqueles que desejam sair da instituição de maneira imediata encontram dificuldades para retornar ao território de origem. Quanto ao espaço físico, a CT1 tem uma boa estrutura física em um grande terreno organizado com: horta, lago para piscicultura, curral (chiqueiro) para criação de porco, uma casa de alvenaria que serve de dormitório/alojamento dos acolhidos, um prédio administrativo e um prédio em construção que servirá como alojamento.

O acesso para CT1 é por estrada de chão e ao passar pela porteira de entrada da instituição estamos diante de dois prédios idênticos, um pronto e um em fase final de construção, que lembram muito uma igreja devido ao tamanho suntuoso e a arquitetura. Ao entrar no prédio administrativo logo se percebe que a instituição está vinculada a Igreja Católica Romana, pois nas paredes do saguão estão pendurados quadros com pinturas e versículos bíblicos, essas pinturas retratam a imagem de Nossa Senhora Aparecida e parecem ser arte de algum acolhido que passou por atendimento na comunidade terapêutica em outra ocasião. Passando o saguão há um salão central onde são realizadas as atividades diversas em grupo e no canto desse salão se encontra uma pequena mesa coberta por uma toalha branca, em cima da mesa tem uma vela grande, uma bíblia católica grande aberta e por cima da bíblia um terço gigante de madeira. Também estão na mesa uma caixa onde se pode colocar pedidos de oração e folhas impressas com cânticos católicos. O local onde os acolhidos dormem é um terceiro prédio que está localizado em uma área um pouco mais distante do prédio

administrativo, uma casa decorada com vários itens em madeira entalhada: santos, versículos da bíblia e crucifixos.

Quanto à rotina da CT1, os acolhidos realizam as atividades de laborterapia durante o dia e no período da tarde participam de aulas de artesanato (tapeçaria e pintura de pano de prato) e atendimento individual com assistente social e psicólogo. Os profissionais da equipe informaram a seguinte programação de atendimento em grupo:

- Grupo de espiritualidade com leitura bíblica ou terço – frequência diária as 6h20m;
- Grupo sentimento/partilha – de segunda a sexta às 11h;
- Grupo de espiritualidade/terço – de segunda a sexta às 15h;
- Grupo Só Por Hoje – de segunda a sexta às 18h.

Em uma das visitas foi presenciado o desenvolvimento do grupo de espiritualidade/terço, que é organizado pela instrutora de artesanato: os acolhidos estavam dispostos em uma roda, as velas da mesa estavam acesas e as pessoas entoavam cânticos, com o terço na mão. O terço é distribuído para todo acolhido recém-chegado. Quase todos os funcionários da CT1 são membros da mesma igreja – com exceção dos conselheiros em dependência química. Alguns acolhidos que foram para a CT1 queixaram-se da rotina ociosa e da obrigatoriedade de participar da reza do terço duas vezes ao dia. Ao questionar para os profissionais da equipe sobre as atividades de espiritualidade, eles afirmaram que a reza do terço e o estudo dos 12 Passos fazem parte da rotina diária, porém os acolhidos não são obrigados a rezarem o terço – entretanto não proporcionam outra atividade correspondente ao desenvolvimento de espiritualidade.

A CT2 também está localizada em território fora da Grande Vitória e no local não passa transporte público. A instituição possui espaço para lazer e esporte, com: piscina, área para prática de vôlei, futebol e academia. Também possui uma pequena horta e laboratório de informática, bem como uma casa adaptada como alojamento das pessoas acolhidas, área administrativa, salas de atendimento individual e espaço para realização das atividades em grupo. As salas de atendimento não proporcionam sigilo e a casa foi adaptada para atender as necessidades da instituição. O laboratório de informática é um contêiner adaptado, climatizado e equipado com computadores, adquirido com recurso de edital público para projetos de reinserção social, bem como a academia – que também foi adquirida com recurso de edital de chamamento público.

Durante as visitas na CT2 foram presenciados momentos de oração antes do almoço, prática estabelecida como parte da rotina diária. De modo geral, a CT2 propõe uma rotina com atividades de estímulo à educação, qualificação profissional e prática de esportes – porém não podemos afirmar que tal proposta seja posta em prática com eficiência, visto que algumas atividades dependem da ação de voluntários e em alguns casos a distância e necessidade de transporte particular para chegar até a instituição são empecilhos para que a instituição mantenha a rotina proposta. No espaço físico da CT2 não foram observados elementos religiosos, entretanto percebe-se a manifestação da religião por meio do discurso e postura dos donos da instituição, que são um casal de pastores membros da igreja Metodista e entendem o trabalho com dependentes químicos como “ministério”. Em atendimento realizado a um atendido que passou por acolhimento na CT2, ele informou que se converteu a uma religião evangélica durante o período de acolhimento na instituição, afirmou ainda que dentro da comunidade terapêutica passou pelo rito do batismo.

A CT3 é outra instituição que está localizada em área rural de difícil acesso, onde não passa transporte público. As famílias que não têm carro próprio precisam contratar um carro da cidade para chegarem na instituição (assim como nas outras comunidades terapêuticas citadas que são localizadas em área rural). O presidente dessa comunidade terapêutica é pastor da igreja Luterana. Os profissionais da comunidade terapêutica afirmam que a instituição segue o cristianismo e que igrejas do território são convidadas para promoverem cultos (com pregação, música e estudos bíblicos), sendo todas cristãs e em sua maioria evangélicas. A instituição tem um espaço multiuso onde ocorrem essas reuniões religiosas, equipado com vários instrumentos musicais e em todas as visitas foi observado que alguns acolhidos usavam os momentos livres para tocar os instrumentos e cantar música “gospel”.

Essa instituição mantém boa relação com a comunidade do território e recebe apoio e verba de políticos locais. A coordenação e equipe da CT3 conseguem articular com alguns serviços públicos do município onde a instituição está localizada para promover elevação de escolaridade e qualificação profissional às pessoas acolhidas. Nos atendimentos para acompanhamento das pessoas que receberam alta da CT3, alguns dos atendidos que estiveram acolhidos na CT3 permaneceram no território onde a instituição está localizada e o discurso comum entre essas pessoas era que optaram por permanecer no município após a alta porque tiveram apoio do pastor da igreja Batista, estavam participando dos cultos e atividades da igreja, tiveram oportunidade de emprego por intermédio do apoio do referido pastor e percebiam no território e comunidade local um ambiente mais propício para manutenção da abstinência.

Quanto a CT4, está localizada na região da Grande Vitória e é acessível por meio de transporte público. A instituição tem uma entrada com portão fechado, em um lado do portão há a bandeira de Israel desenhada e no outro a imagem de um leão (no contexto religioso pode ser entendido como alusão a Jesus Cristo, que é o Leão da Tribo de Judá²¹³). Ao passar pelo portão da instituição, tem-se uma grande área com campo de futebol, área verde, prédio de alojamento das pessoas acolhidas e prédio que comporta cozinha, espaço para atividades diversas e as salas de atendimento. Todos os prédios têm letreiros com versículos bíblicos.

Um dos funcionários é chamado de pastor e compõe a equipe multidisciplinar como “conselheiro espiritual”. Em visita de rotina à comunidade terapêutica pôde-se ouvir uma atividade em grupo realizada pelo conselheiro espiritual e nessa atividade ele utilizava discurso religioso comum às religiões pentecostais, em tom de voz elevado e com frases do tipo: Posso ouvir um amém? Os registros em prontuário referentes ao atendimento do conselheiro terapêutico falam sobre a orientação de leitura da bíblia para desenvolvimento da espiritualidade e desenvolvimento do tratamento. Outra atividade exercida pelo conselheiro terapêutico é acompanhar os acolhidos ao culto em uma igreja pentecostal localizada próximo à instituição.

Em cada prontuário há uma cópia da programação de rotina e consta no documento que todos os dias antes do café da manhã há um momento de “devocional”, “reflexão” e “Só Por Hoje – meditação diária”. Em outra ocasião, durante a visita, estava ocorrendo um grupo de estudo da bíblia e, segundo informação do funcionário da instituição, nesse dia o grupo era mediado por um pastor de uma das igrejas evangélicas que costumam promover cultos e estudos bíblicos na instituição. Essas atividades preenchem o tempo vago quando não há atividades terapêuticas e são realizadas por grupos voluntários. O assistente social da CT4 emitia relatórios para a equipe de Reinscrição Social do CAAD informando a participação do acolhido em grupo de estudo promovido por uma organização religiosa, considerando tal grupo uma atividade de reinscrição social promovida pela instituição.

Em conversa com o psicólogo da CT4 foi questionado sobre o quê, em sua opinião, era uma dificuldade para a execução do Plano de Reinscrição Social na instituição e ele respondeu que ao ser ver, o problema da instituição na execução do seu plano de tratamento era o contrato com a Rede Abraço, dando a entender que as regras impostas pela Rede Abraço atrapalham o desenvolvimento da proposta terapêutica da instituição. Esse profissional trabalha com uma abordagem mais enfática no Programa de 12 Passos.

²¹³ Em referência ao texto bíblico de Apocalipse 5:5.

A CT5 está localizada em área rural da região da Grande Vitória, sendo possível acesso por transporte público. Apesar do acesso por transporte público, apenas uma linha de ônibus atende a região, os horários são limitados e não passam próximos à instituição. Quem vai de ônibus precisa andar do ponto onde desceu até o local, passando por estrada irregular e sem asfalto, que muitas vezes fica inacessível quando chove. A CT5 tem dois prédios que servem como alojamentos, cozinha, salas de atendimento e espaço para reuniões. A área aberta é um quintal amplo e tem uma quadra de futebol. Todos os prédios têm paredes com desenhos com representações de histórias bíblicas: a representação de Jesus próximo a um poço, o desenho de um leão, os dez mandamentos e versículos da bíblia. Os donos da CT5 são um casal de pastores de igreja neopentecostal, de modo que são identificados pelos acolhidos como “pastor” e “pastora”. Em uma das visitas foi presenciado o atendimento em grupo mediado pelo pastor, pautado na orientação sobre a doutrina cristã como meio de obter a mudança de comportamento.

Algumas pessoas atendidas pela equipe de Reinserção Social no acompanhamento após a saída da CT5 queixaram-se de que algumas pessoas fazem uso de drogas dentro da instituição e que tal comportamento atrapalha o tratamento daqueles que não estão compartilhando o uso. Interessante informar que a CT5 teve projetos aprovados e conseguiu recurso público para oferta de educação física, arteterapia e musicoterapia, além de um laboratório de informática para promoção da elevação da escolaridade e qualificação profissional.

Em nenhuma das comunidades terapêuticas visitadas foi observado diversidade de culto religioso, cada uma enfatizando a liturgia da tradição religiosa da qual o coordenador/dono da instituição faz parte e com base na qual a instituição foi criada. Em todas as comunidades terapêuticas há a prática de laborterapia para limpeza geral do espaço, auxílio na preparação de refeição e jardinagem – o que é comum na rotina de uma comunidade terapêutica, considerando que a convivência social e a responsabilidade na execução de tarefas fazem parte do plano “terapêutico”. Todas têm em comum a ênfase em atividades religiosas, camufladas de atividades terapêuticas ou de espiritualidade: momentos de devocional ou meditação, grupo de reza do terço, momentos em que os acolhidos cantam músicas religiosas/louvores por iniciativa própria, atividades promovidas por parceiros externos que vão para a comunidade terapêutica realizar cultos e estudos bíblicos.

Sobre o território/localidade, Pollyana Pazolini comenta que a localização distante e isolada dos centros urbanos faz parte da proposta de tratamento das comunidades terapêuticas e que tal característica tem por objetivo afastar o sujeito de suas relações sociais e criar

condições para estabelecer novas relações e novos hábitos favoráveis ao tratamento.²¹⁴ Entretanto, a autora afirma, que a localização afastada e de acesso restrito compromete o trabalho de articulação intersetorial e impede o desenvolvimento do trabalho mais qualificado por parte do/a assistente social.²¹⁵ Outro destaque importante em relação à localização das comunidades terapêuticas em áreas de acesso restrito, conforme destaca Pollyana Pazolini, é a dificuldade ou impedimento de inserção das pessoas acolhidas nos serviços do território onde a instituição está localizada – como, por exemplo, serviços de saúde, assistência, previdência etc. – visto que não são considerados munícipes do território ou a instituição não dispõe de meio de transporte para levar a pessoa até o local necessário.²¹⁶

Dentro do aspecto político é importante observar que pelo menos dois donos dessas comunidades terapêuticas têm vínculo direto com política partidária. O dono da CT2 é filiado ao partido político do atual Governador do Estado do Espírito Santo e em suas falas tende a mencionar nomes de políticos e a relação próxima que tem com eles, bem como recebe emendas parlamentares de alguns desses políticos, afirma que a comunidade terapêutica não consegue fazer articulação com os programas e serviços públicos devido à divergência política que o atual prefeito do município onde a instituição está localizada tem com ele. O dono da CT5 também tem ligação com a política partidária e possui cargo público municipal. Tais fatos revelam o caráter político das comunidades terapêuticas, pois o financiamento público dessas instituições iniciou a partir do seu processo organizativo e com apoio de lideranças políticas; as comunidades terapêuticas foram incluídas nas políticas públicas sobre drogas por meio das Portarias que foram mencionadas no capítulo 2 dessa pesquisa.

No que diz respeito à dimensão da espiritualidade no tratamento, percebemos que as comunidades terapêuticas não conseguem dissociar religião de espiritualidade e dentro da rotina de atividades estabelecidas para promoção da espiritualidade acabam por desenvolver ações proselitistas de cunho cristão. Essas ações são prejudiciais aos acolhidos que não se identificam com o tratamento de base religiosa ou que por motivos pessoais não conseguem estabelecer uma identificação com a doutrina cristã, bem como não favorece aos acolhidos que têm uma fé diferente e que, portanto, são estigmatizados ou perseguidos - mas que ainda assim têm necessidade de buscar sentido para a vida e enquanto cidadãos têm direito ao tratamento oferecido dentro das políticas públicas de maneira que não sejam perseguidos ou hostilizados.

²¹⁴ PAZOLINI, 2020, p. 134.

²¹⁵ PAZOLINI, 2020, p. 165.

²¹⁶ PAZOLINI, 2020, p. 164.

A pesquisa de Pollyana Pazolini sobre o trabalho do Serviço Social nas comunidades terapêuticas ligadas ao Programa Rede Abraço relata entrevistas realizadas com assistentes sociais que trabalham nessas instituições e por se tratar de pesquisa recente com as mesmas instituições que apresentamos na presente pesquisa, destacamos os apontamentos da autora quanto as atividades do Serviço Social que são executados nas comunidades terapêuticas. A autora diz que quanto ao trabalho desenvolvido, os profissionais destacam que não há um plano de trabalho específico a ser seguido, mas sim atendimento a demandas diárias e que no geral o trabalho diz respeito “ao acesso a documentação, vínculo familiar, direito previdenciário, reinserção social, questões de saúde dos acolhidos, do trabalho em rede, do trabalho com grupos e atendimento/acolhimento social”²¹⁷. Fala ainda sobre a valorização da psicologia, da perspectiva do trabalho terapêutico e uma fragilidade que os profissionais têm em conhecer sobre a intervenção do Serviço Social no trabalho em grupo.²¹⁸ Alguns trechos de entrevista com os profissionais revelam uma “sustentação moral e conservadora da intervenção profissional”²¹⁹ ao tratar sobre a procura/necessidade do acolhido por um benefício social e associar tal procura a uma postura desviante do tratamento.

É importante compreender que valores religiosos dos profissionais não podem influenciar no direcionamento das ações e no atendimento aos acolhidos. A adoção de valores religiosos por parte do/a assistente social pode acarretar equívocos e conflitos no desenvolvimento do trabalho, pois pode contribuir para que o profissional tenha ações com base ideológica política que fogem ao projeto ético-político da profissão. Por isso é importante que o profissional saiba os limites para a sua prática profissional e compreenda sobre o desenvolvimento da espiritualidade dentro do tratamento.

3.2 Contribuição da religião no tratamento da dependência química e como o Serviço Social pode interferir nesse processo

A religião pode ter um efeito protetor e de prevenção no controle social e de comportamentos de risco em relação ao fenômeno da dependência química devido aos valores morais e práticas sociais que estabelece entre seus adeptos, podendo caracterizar-se como fator de proteção em relação ao início do consumo de substâncias psicoativas e/ou como estratégia para prevenção à recaída daqueles que estão em abstinência. Mary Rute Esperandio

²¹⁷ PAZOLINI, 2020, p. 183.

²¹⁸ PAZOLINI, 2020, p. 197.

²¹⁹ PAZOLINI, 2020, p. 189.

e Márcia Regina Côrrea apontam que a religião e a espiritualidade também são utilizadas como alternativas para minimizar os problemas relacionados à vulnerabilidade social, econômica e psicológica e que “comumente, em situações de sofrimento e vulnerabilidade, o indivíduo busca nas formas de coping religioso/espiritual modos afirmativos da vida no processo de enfrentamento de experiências que às vezes se colocam como ‘sem sentido’”²²⁰.

Considerando a prática da espiritualidade como uma busca pessoal de sentido e que a religião é parte importante da composição social e pode auxiliar a pessoa a encontrar maior sentido no modo como vive, podemos afirmar que na crise existencial que envolve a dependência ao uso de substâncias psicoativas o dependente químico encontra no tratamento com base na religião e na espiritualidade um meio eficaz de lidar com a vulnerabilidade e fragilidade decorrentes dessa ausência de sentido. Ao destacar a relevância da religião e da espiritualidade no auxílio ao tratamento da dependência química, é importante mencionar que o processo de tratamento e recuperação também inclui a decisão pessoal em aderir à visão de mundo estabelecido pela religião, bem como às suas regras morais. Esse processo também inclui a oportunidade de receber apoio social, possibilidade de descoberta das potencialidades e valorização do grupo – entretanto, dentro da comunidade terapêutica, a oferta desses últimos não pode estar associada à conversão do indivíduo.

A intervenção do/a assistente social ao acolhido na comunidade terapêutica tem como objetivo a promoção do bem-estar e a superação do quadro de risco do sujeito dentro do âmbito das relações sociais, que pode ser dar por meio do processo de articulação junto às organizações e sociedade. Partindo da ideia que o/a assistente social deve ser um profissional criativo e propositivo, é possível que o profissional proponha ações dentro da comunidade terapêutica que visem o cuidado e reinserção social que sejam realizadas em parceria com instituições religiosas por meio de elaboração de projetos e desenvolvimento de atividades/oficinas inseridas na rotina da comunidade terapêutica com caráter socioeducativo, cultural e esportivo a fim de contribuir no desenvolvimento de habilidades e potencialidades das pessoas acolhidas nesses espaços. Isso porque devido a limitação financeira que a maior parte das comunidades terapêuticas enfrenta, torna-se importante o apoio de instituições religiosas e seus membros na realização dessas atividades, com recursos financeiro e humano.

Muitas igrejas organizam atividades e projetos que envolvem a promoção da saúde e reabilitação social, a partir de ações ligadas a prevenção e melhoria da qualidade de vida – com foco no indivíduo e no território onde ele vive. Algumas instituições religiosas

²²⁰ ESPERANDIO; CÔRREA, 2017, p. 90.

apresentam projetos mais consolidados seja na área da saúde, educação ou assistência social e conseguem cofinanciamento do Estado para continuidade e expansão desses atendimentos. No caso das comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço, não fica explícito qual igreja cristã algumas comunidades terapêuticas representam, visto que, com exceção da CT1, os coordenadores/ fundadores desses espaços iniciaram as atividades de maneira menos organizada, motivados pelo trabalho missionário com dependentes químicos a partir de suas próprias histórias de vida e superação da dependência química. A partir da parceria com o Estado para oferta de tratamento como comunidade terapêutica acolhedora, essas instituições começaram a aprimorar o serviço ofertado e ajustar o atendimento de acordo com o que preconiza a política nacional.

Já falamos que a dependência química é multifatorial e que a droga pode se apresentar como alternativa ao indivíduo em situação de vulnerabilidade e que está em busca de diminuição do seu sofrimento, o que pode levá-lo ao uso abusivo/ nocivo da droga quando ele anseia que o efeito do uso produza algum sentido para lidar com os problemas e com sua realidade de vida. Também abordamos que as pessoas fazem uso de substâncias psicoativas por variados motivos, existindo diferentes tipos de usuários, padrões de consumo e efeitos do uso. No artigo sobre o papel da espiritualidade/ religiosidade no fenômeno da drogadicção, as autoras Mary Rute Esperandio e Márcia Regina Córrea colocam ainda que para o dependente químico a droga:

[...] toma o lugar de ‘preocupação última’, usando as palavras do teólogo Tillich. Ela passa a ser aquilo que ‘toca o sujeito incondicionalmente’, uma vez que todas as outras questões existenciais ficam em segundo plano, ‘condicionadas’, pois, às implicações geradas pelo uso disfuncional da droga. A droga passa, assim, a ocupar o lugar central na existência do indivíduo. A drogadicção resulta em um modo de existência no qual o sujeito aliena-se de si mesmo, isolando-se, ainda, das relações significativas com outros. Aliado a isso, o indivíduo passa a ter sua capacidade criativa e de trabalho produtivo reduzidas, com consequências também para os planos assistenciais governamentais.²²¹

Atender o acolhido na comunidade terapêutica de maneira integral também envolve compreender a dimensão espiritual e religiosa na vida desse sujeito, portanto, não se pode desconsiderar que a espiritualidade tem um impacto sobre a saúde física e mental. A proposta de intervenção na comunidade terapêutica credenciada ao Programa Rede Abraço é de que o acolhido receberá atendimento integral no aspecto biopsicossocial espiritual: biológico, com suporte médico e uso de medicações conforme prescrição; psicológico, a partir do

²²¹ ESPERANDIO, Mary Rute G.; CÔRREA, Márcia Regina. O papel da espiritualidade/religiosidade no fenômeno da drogadicção: uma revisão integrativa de literatura. *REVER*, São Paulo, ano 17, n. 2, p. 73-98, mai/ago. 2017. p. 91.

acompanhamento individual e em grupo por parte do profissional de psicologia; social, com a intervenção do/a assistente social nas demandas específicas de ordem social e familiar, bem como articulação intersetorial e encaminhamentos necessários; e espiritual, auxiliando no enfrentamento dos problemas pessoais, sociais e emocionais.

Sendo assim, dentro da comunidade terapêutica a religião deve ser trabalhada no sentido de preservar a dignidade humana com base no princípio da liberdade religiosa (garantido pela Constituição Federal). O fato de a comunidade terapêutica acolher pessoas diversas no que diz respeito ao território, costume, a cultura, sexualidade etc., faz com que seja importante que nesse espaço seja cultivado um ambiente de combate a intolerância e ao preconceito, sem benefícios e perseguições em razão da religião (ou ausência de religião).

A conclusão da pesquisa sobre intervenção religiosa na recuperação de dependentes químicos, das pesquisadoras Zila Van de Meer Sanches e Solange Aparecida Nappo, aponta que os fatores que contribuem para a recuperação e manutenção da abstinência do consumo de drogas vão além da religião, pois estão relacionados aos recursos para ressocialização e valorização da pessoa, apoio do grupo e dos líderes religiosos, promovendo a “reinserção social por meio de novas atividades e vínculos sociais”²²². Para as autoras, o acolhimento e suporte social do grupo “são mecanismos que explicam as ações benéficas da religião na saúde”²²³, impulsionando o sujeito a identificar a espiritualidade como recurso terapêutico. E no caso de tratamento em ambiente fechado com financiamento público, como nas comunidades terapêuticas, é importante que a instituição tenha parcerias com grupos ligados a mais de uma religião na promoção de atividades que estimulem o desenvolvimento da espiritualidade, trabalhando a tolerância religiosa e respeito mútuo.

Estimular o desenvolvimento da espiritualidade de maneira diversa é importante não somente para combater a intolerância religiosa, mas também ajuda a apresentar diferentes visões de mundo e a combater extremismos. Assim como a religiosidade/ espiritualidade promove benefícios no contexto saúde-doença, há também influência negativa da religiosidade na adesão ao tratamento, como cita a pesquisadora Rafaela D. Moreira. Segundo a autora, religiosidade pode ser uma barreira para adesão ao tratamento “quando elementos do enfrentamento negativo não são bem conduzidos, tais como suporte em textos sagrados,

²²² SANCHEZ, Zila Van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 02, p. 265-272, 2008. p. 271.

²²³ SANCHEZ; NAPPO, 2008, p. 271.

profecias de cura liberadas por agentes religiosos e testemunhos de cura”²²⁴, bem como quando o uso de medicamentos é desaconselhado por um líder religioso (muito comum no tratamento da dependência química em comunidades terapêuticas religiosas, pois existe a ideia de substituição de uma droga por outra). O artigo de Mary Rute Esperandio alerta para os efeitos negativos que a intolerância e a visão limitada sobre a religião podem acarretar ao processo de recuperação:

Conquanto muitos estudos apontem uma associação positiva entre envolvimento religioso/espiritual e melhor adaptação em situação de doença, quando as atividades e crenças religiosas são levadas à extremo, elas também têm efeitos negativos sobre a saúde mental e física e pode ser causa de vários tipos de sofrimento e de formas de violência. Em nome da religião se justifica, por vezes, a raiva, o ódio e antipatia, a agressão e os preconceitos. Em nome da religião se profere juízos sobre os outros, se excluem pessoas de determinados grupos sociais. A religião pode aprisionar ao invés de libertar, pode ser restritiva da vida ao invés de expandir a vida.²²⁵

Quando a política nacional inclui a espiritualidade no tratamento integral do dependente químico, ela não relaciona o tratamento a práticas institucionalizadas, pois, dessa forma, o tratamento estaria ligado à religião. Utilizar a espiritualidade como um mecanismo de enfrentamento aos problemas associados à dependência química, bem como às questões que levaram a pessoa ao uso abusivo de substâncias psicoativas torna-se mais uma alternativa para promoção de bem-estar. Ao tratar sobre religiosidade e saúde, os autores André Stroppa e Alexander Moreira-Almeida afirmam que a religião e a religiosidade influenciam a saúde mental por meio de diversos fatores, dentre os quais estão: “estilo de vida, suporte social, sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual”²²⁶. Segundo Rafaela D. Moreira, a prática da espiritualidade auxilia no enfrentamento dos problemas pessoais, sociais e emocionais quando utilizada para diminuir a ansiedade, sintomas depressivos, ter mais habilidades de resiliência, maior senso de direção e propósito de vida.²²⁷

Dar um sentido não-religioso para atividades de desenvolvimento de espiritualidade é uma tarefa complexa na rotina de uma comunidade terapêutica, entretanto é importante que o gestor e os profissionais que compõem a equipe da instituição não baseiem as práticas de

²²⁴ MOREIRA, Rafaela D. *Religiosidade/ espiritualidade como estratégia de coping na adesão e no abandono do tratamento em pessoas vivendo com o HIV*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. p. 10.

²²⁵ ESPERANDIO, Mary Rute G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Revista Horizonte*, v.12, n. 35, p. 805-832, 2014. P. 812.

²²⁶ STROPPA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. (orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão de medicina*. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427.

²²⁷ MOREIRA, 2020, p. 24.

espiritualidade em dogmas e crenças. Carlos Eduardo B. Calvani em seu artigo sobre espiritualidades não-religiosas fala sobre a desvinculação da experiência espiritual com as instituições religiosas e afirma que:

Enquanto a ‘religiosidade’ seria a extensão das crenças e práticas religiosas institucionalizadas transpostas para o cotidiano (mas ainda com certa dependência de valoração moral em relação ao sistema religioso), a ‘espiritualidade’ pode apresentar-se como um conjunto de práticas religiosas derivadas de um sistema de crenças vago, difuso, fluído, não atrelado a conteúdos teológicos formais, porém real para a pessoa que as vivencia. (...) Esses referenciais podem ser invocados em momentos de estresse, situações-limite (mecanismo do coping) ou, em último caso, apenas para colorir o dia a dia reconhecido como brutal, impessoal, mecanizado e sufocante.²²⁸

Algumas atividades de desenvolvimento da espiritualidade que podem ser inseridas na rotina da comunidade terapêutica e que estão ligadas a práticas de cuidados dessacralizadas referem-se ao desenvolvimento da cultura, do bem-estar físico e mental. Calvani aponta algumas práticas e atividades em que a espiritualidade pode ser trabalhada fora do alcance do sistema religioso organizado e dentre as atividades destacadas pelo autor, podemos inserir na rotina da comunidade terapêutica a prática de yoga (para disciplina corporal), artes marciais (que envolve disciplina e concentração)²²⁹ e arte em geral (pintura, música, literatura, dança, teatro etc.) para expressão de dúvidas e inquietações.²³⁰ Como podemos ver, as comunidades terapêuticas podem ampliar o repertório de atividades para desenvolvimento da espiritualidade, indo além dos cultos, celebrações, rezas, orações, louvores e cânticos – que são rituais característicos do sistema religioso conhecido.

Quanto à atuação do Serviço Social dentro da comunidade terapêutica é importante compreender que a ação profissional deve se sustentar no conhecimento da realidade dos acolhidos, na definição dos objetivos para as ações a serem realizadas e na escolha das abordagens e dos instrumentos apropriados a cada abordagem, abstendo-se de práticas que caracterizem censura, cerceamento de liberdade e policiamento de comportamento – conforme artigo 3º do Código de Ética do/a Assistente Social.²³¹ O/a profissional de Serviço Social deve coibir a reprodução de práticas moralistas e proselitistas, visto que o respeito à diversidade é fundamental para o exercício profissional. O/a assistente social como integrante da equipe multidisciplinar contribui para que o acolhido supere o quadro de risco a partir da abordagem biopsicossocial e espiritual.

²²⁸ CALVANI, Carlos Eduardo B. Espiritualidades não-religiosas: desafios conceituais. *Revista Horizonte*, v. 12, n. 35, p. 658-687. jul./set. 2014. p. 671.

²²⁹ CALVANI, 2014, p. 665.

²³⁰ CALVANI, 2014, p. 676.

²³¹ BRASIL, 2012, p. 29.

As competências e atribuições do Serviço Social na comunidade terapêutica não diferem do trabalho exercido nas demais políticas públicas e diante da polêmica que envolve o financiamento público desses espaços é fundamental que o profissional tenha uma compreensão crítica sobre o fenômeno da dependência química enquanto uma expressão da questão social, bem como sobre o desenvolvimento da espiritualidade no contexto do tratamento e contribuição para melhoria da qualidade de vida. O/a assistente social também deve identificar as demandas presentes no cotidiano da instituição, visando formular respostas para enfrentamento da questão social. Realizar a análise crítica da realidade da instituição e dos acolhidos permitirá que o profissional estruture seu trabalho e estabeleça as ações específicas necessárias para o enfrentamento das situações e demandas sociais e de saúde apresentadas no cotidiano.

Dentre as principais ações que podem ser desenvolvidas pelo/a assistente social na comunidade terapêutica, estão: atendimento direto, ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe, ações socioeducativas, mobilização, planejamento e gestão. O/a assistente social intervirá no atendimento com o acolhido e com as famílias, na divulgação de informações, na garantia de acesso aos benefícios, na geração de renda e trabalho. Considerando o conceito de espiritualidade exposto até aqui, podemos entender que a intervenção do/a assistente social pode contribuir ao acolhido na busca de sentido e propósito de vida quando as ações são direcionadas para o enfrentamento da questão social e mudança da realidade.

O atendimento direto pode ser de forma individual e coletiva direcionada ao acolhido e ao grupo familiar, para orientações e /ou encaminhamentos. No atendimento o profissional realizará escuta qualificada a fim de observar as potencialidades e vulnerabilidades do acolhido, dessa forma trabalhará com o acolhido o estabelecimento de metas e propósitos durante o período de acolhimento e pós-acolhimento na instituição, dando sentido ao processo de tratamento dentro do ambiente fechado da comunidade terapêutica. O atendimento ao acolhido e sua família também tem como objetivo fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar a recuperação, proteção e prevenção à recaída. A elaboração de estudo socioeconômico durante o atendimento individual ajudará nos encaminhamentos que visem a garantia de direitos na esfera da seguridade social, bem como aos programas e serviços sociais e de saúde. Importante reforçar que não cabe ao/a assistente social realizar terapias individuais e em grupo, mas sim potencializar a orientação social.

Ações de mobilização e planejamento estão associadas à articulação com programas e serviços que auxiliarão o acolhido em tratamento durante o período na comunidade

terapêutica e fora da instituição – na ocasião da alta. Nesse sentido, o/a assistente social pode elaborar projetos que colaborarão para o desenvolvimento da espiritualidade dentro desse espaço, estimulando bem-estar físico e mental. Parte da elaboração de projetos envolve articulação intersetorial, portanto essas atividades podem ser desenvolvidas por colaboradores que não estejam diretamente ligados à comunidade terapêutica – como no caso da CT5, que elaborou projetos para angariar recurso público com finalidade de inserir atividades de arteterapia, musicoterapia e educação física na rotina da instituição, enriquecendo o trabalho desenvolvido pela comunidade terapêutica e oferecendo novas alternativas de atendimento para os acolhidos.²³²

Outras intervenções que podem ser utilizadas para busca da melhoria da qualidade de vida do acolhido na comunidade terapêutica são as que visam o desenvolvimento pessoal e intelectual, como o estímulo e encaminhamento do acolhido para realização de cursos e elevação da escolaridade. Na ação de gestão, o/a assistente social de uma comunidade terapêutica pode organizar e normatizar a rotina do espaço, implementando ações (em conjunto com a equipe) que estimulem o desenvolvimento da espiritualidade. Nessa perspectiva, observamos que o Serviço Social pode contribuir em muitas ações e intervenções que estimulem o desenvolvimento pessoal e a mudança de comportamento do acolhido dentro da comunidade terapêutica que vão muito além de ritos religiosos e a propagação da religiosidade como método de tratamento. Na próxima seção vamos apresentar uma proposta de trabalho de intervenção do Serviço Social em comunidade terapêutica, considerando a religião e espiritualidade como pontos importantes no desenvolvimento do tratamento da dependência química nesses espaços e entendendo que a busca de sentido para a vida também se dá por meio da qualificação profissional, elevação da escolaridade, vínculo familiar e com o território.

3.3 Proposta de plano de intervenção do Serviço Social em comunidade terapêutica

Considerando que o Plano Terapêutico e Social (PTS) das comunidades terapêuticas é baseado no tripé Espiritualidade, Convivência e Laborterapia, o presente capítulo esboça uma proposta de plano de intervenção do Serviço Social na comunidade terapêutica e que, em conjunto com a equipe multidisciplinar, contribuirá para o desenvolvimento da espiritualidade. A espiritualidade dentro da perspectiva da Psicologia da Religião é a busca de

²³² O Governo do Estado do Espírito Santo lançou editais públicos para seleção de projetos no campo da política de drogas, no valor de até R\$ 60.000,00.

sentido e aperfeiçoamento pessoal e o objetivo da proposta do plano de intervenção é promover projetos e atividades diversas que estimulem o desenvolvimento da espiritualidade da pessoa que está acolhida em tratamento da dependência química, contribuindo para a promoção do bem-estar físico, mental e a mudança no estilo de vida.

3.3.1 Proposta do plano de intervenção

O plano de intervenção para atuação do/a assistente social na comunidade terapêutica é uma proposta de desenvolvimento de atividades privativas do Serviço Social na comunidade terapêutica, bem como atividades que serão realizadas em conjunto com a equipe multidisciplinar para desenvolvimento da espiritualidade da pessoa que está acolhida na comunidade terapêutica. No plano constam ações de rotina do profissional para promoção da garantia de direitos dos acolhidos e propostas de atividades e projetos que poderão auxiliar o acolhido a passar pelo período de internação de maneira que esse tempo tenha um propósito que seja além da abstinência ao uso de substâncias psicoativas.

3.3.1.1 Justificativa

O reconhecimento do/a assistente social dentro da comunidade terapêutica para promoção da garantia de direitos inicia com os atos normativos que inserem as comunidades terapêuticas acolhedoras na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O/a assistente social integra a equipe multidisciplinar, entretanto o fato de a profissão em sua gênese estar ligada a práticas caritativas e filantrópicas, bem como as comunidades terapêuticas terem em sua origem vínculo com instituições religiosas, faz com que o trabalho do/a assistente social seja confundido com práticas assistencialistas e até mesmo algumas atividades privativas do/a assistente social ser desenvolvidas por profissionais sem formação específica. Atrelado aos fatos citados está a questão de o campo de atuação ser relativamente novo e controverso, portanto, é importante sistematizar o atendimento prestado pelo/a assistente social nas comunidades terapêuticas e oferecer ideias para o desenvolvimento de atividades que contribuam para discussão da ética e convivência social, projetos de vida e reinserção social – que são também aspectos do desenvolvimento da espiritualidade.

3.3.1.2 Objetivo geral

O objetivo geral do plano de intervenção é organizar a rotina de trabalho do/a assistente social que atua na comunidade terapêutica a fim de que o profissional realize as atividades que são de competência do Serviço Social e colaborar para o desenvolvimento da espiritualidade enquanto busca de sentido para a vida.

3.3.1.3 Objetivos específicos

Os objetivos específicos do plano de intervenção são:

- Auxiliar os profissionais de Serviço Social que atuam em comunidades terapêuticas a organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano de trabalho na instituição, conforme o projeto ético-político da profissão e as diretrizes das políticas públicas;
- Propor atividades que estimulem o desenvolvimento da espiritualidade no processo de tratamento, saindo do viés religioso;
- Colaborar ao tratamento da pessoa acolhida na comunidade terapêutica, respeitando as diferenças e a individualidade de cada pessoa, sem impor práticas religiosas.

3.3.1.4 Metodologia

As ações realizadas são parte da rotina de trabalho do/a assistente social que atua na comunidade terapêutica, sendo o público-alvo as pessoas que estão acolhidas nesse espaço de tratamento e o período é o tempo de acolhimento dessas pessoas na instituição.²³³ As atividades que não são privativas do Serviço Social e que fogem às atribuições do profissional serão realizadas em conjunto com a equipe multidisciplinar. A organização das atividades se dá por meio de atendimento individual, em grupo, planejamento e elaboração de projetos, busca de parcerias para o desenvolvimento de atividades que sejam produtoras de sentido e que auxiliarão o acolhido no tratamento dentro da comunidade terapêutica.

²³³ O Programa Rede Abraço estabelece um período máximo de acolhimento, que é de até três meses. O acolhimento em comunidades terapêuticas é voluntário e nem todas as pessoas que buscam tratamento concluem o período proposto no plano de tratamento singular. Portanto, é comum nas comunidades terapêuticas que os atendimentos em grupos sejam realizados com pessoas que estão em tempos diferentes na instituição.

3.3.1.5 Proposta de atividades

A proposta de organização da rotina do/a assistente social que atua em comunidade terapêutica tem dois lados: o fazer profissional nesse campo de trabalho e a elaboração de projetos a serem executados na comunidade terapêutica que auxiliarão o acolhido a encontrar sentido para a sua vida durante o período de acolhimento.

Quadro 1: Atividades de intervenção do Serviço Social na comunidade terapêutica²³⁴

Atividades de Intervenção do Serviço Social na comunidade terapêutica	
1 – Acolhimento e atendimento inicial	
Objetivo	Conhecer a realidade e necessidades do acolhido, buscar soluções e estimular seu protagonismo.
Metodologia	Realizar o atendimento a partir da escuta qualificada
Estratégias	Entrevista com o acolhido e seus familiares (caso estejam presentes) para coleta de informações e dados pessoais, apresentação da rotina e proposta de tratamento. Essa etapa pode ser prejudicada caso o acolhimento não seja agendado ou comunicado. Caso a família não esteja presente no momento da chegada, será necessário que o/a assistente social faça contato para comunicar o acolhimento e informar sobre a rotina, visitas e retirar dúvidas do grupo familiar. No caso de o acolhido ser acompanhado por algum serviço ou programa, também será necessário contato com profissional de referência a fim de informar sobre o acolhimento. Importante destacar que o profissional deve conduzir o atendimento de forma ética, ciente de que não está “oferecendo ajuda”, mas sim concretizado o direito do acolhido ao tratamento.
2 – Levantamento socioeconômico do acolhido	
Objetivo	Construir o perfil socioeconômico do acolhido por meio de coleta de dados sobre a situação social, familiar, territorial e econômica do acolhido a fim de identificar suas necessidades e realizar os encaminhamentos necessários.
Metodologia	Atendimento individual com direção socioeducativa para coleta das informações e intervenção por meio de orientação, esclarecimento e reflexão junto ao acolhido com relação as possibilidades e objetivos no tratamento.
Estratégias	Por meio de abordagem e escuta qualificada, o profissional preencherá a ficha

²³⁴ Elaboração própria, dados inéditos, ano da pesquisa.

	de cadastro do acolhido onde constam suas informações de identificação pessoal, acrescentando informações sobre: situação escolar, situação socioeconômica, situação de moradia, situação de saúde e vínculo com o território onde reside.
3 – Referência do acolhido nos programas e serviços	
Objetivo	Conhecer e mobilizar a rede de serviços existentes no território de origem do acolhido e onde a comunidade terapêutica está inserida para referenciar o acolhido nos serviços de saúde e assistência do território onde a comunidade terapêutica está inserida e no seu território de origem, para que tenha acesso aos atendimentos necessários ao seu tratamento e reinserção social.
Metodologia	Articulação com os programas e serviços existentes no território, de acordo com as demandas do acolhido. Será necessário pesquisar a realidade do território onde o acolhido vive (ou para onde pretende ir ao sair da instituição), a fim de realizar os encaminhamentos e auxiliar o acolhido no seu planejamento para manutenção do tratamento fora da comunidade terapêutica.
Estratégias	Contatos e encaminhamentos por escrito relatando as demandas do paciente (atendimento médico, acesso a medicação, agendamento de perícia no INSS para receber auxílio-doença, agendamento de CADÚNICO para realização do cadastro ou atualização cadastral, SINE, programas e serviços específicos de acordo com as demandas do acolhido e serviços existentes no território onde vive).
4 – Atendimento a família	
Objetivo	Fortalecer os vínculos familiares
Metodologia	Atendimento individual ou em grupos de familiares dos acolhidos com direção socioeducativa.
Estratégias	Democratizar as informações sobre a dependência química e os modelos de tratamento existentes. Incentivar o grupo familiar a procurar ajuda para o tratamento da co-dependência familiar.
5 – Atividades em grupo	
Objetivo	Realizar atividades socioeducativas com temáticas diversas para potencializar a orientação social.
Metodologia	Debates, oficinas, dinâmicas, rodas de conversa.
Estratégias	Escolha de um tema específico para abordar na atividade em grupo que tenha

	relação com a intervenção do Serviço Social (lembrando que não cabe ao/a assistente social realizar atividades de cunho terapêutico). As atividades em grupo podem ser mediadas diretamente pelo/a assistente social ou podem ser projetos elaborados pelo profissional e executados por outro – conforme o direcionamento da atividade.
6 – Treinamento e capacitação da equipe	
Objetivo	Investir na educação permanente da equipe em prol do trabalho multidisciplinar.
Metodologia	Elaboração de protocolos e rotina de trabalho, reuniões e capacitação.
Estratégias	Participar da elaboração de organograma de atendimento da instituição, para que cada profissional saiba sobre seu papel de intervenção. Estimular a realização de reuniões de equipe para discussão de casos. Ajudar na elaboração de protocolos, rotinas de trabalho e atendimento da equipe para esclarecimento de suas ações. Colaborar para a capacitação continuada da equipe.

A organização e sistematização das atividades de rotina do/a assistente social na comunidade terapêutica foram apresentadas de forma objetiva, porém deve-se considerar que o profissional precisa promover um atendimento humanizado e sensível às questões apresentadas pelo acolhido e familiares. Importante também destacar a necessidade de aperfeiçoar a habilidade de abordagem com o público dependente químico, mantendo postura ética com vistas à garantia de direitos a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica da atuação profissional. A seguir trataremos da realização de atividades em grupos, com propostas de temas e ações que podem colaborar ao desenvolvimento do aspecto da espiritualidade no tratamento.

3.3.2 Propostas para atividades em grupo

A organização de atividades em grupo que tenham caráter socioeducativo se constitui como competência do/a assistente social, descrita no artigo 4º do Código de Ética da profissão.²³⁵ Diante das limitações de recursos que algumas comunidades terapêuticas têm para o desenvolvimento do plano de tratamento, é importante que o/a profissional de Serviço Social da instituição construa propostas criativas para auxiliar no tratamento e cotidiano dos

²³⁵ MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1993, p. 7613.

acolhidos²³⁶, colaborando para que o período de acolhimento tenha objetivos para além da promoção da abstinência ao uso de substâncias psicoativas. Considerando que a relação do bem-estar físico e mental são aspectos definidos na dimensão da espiritualidade, propomos algumas atividades em grupo que estimulam o caráter espiritual de maneira não religiosa que sejam produtoras de sentido e que colaboram ao tratamento dos acolhidos em comunidade terapêutica

3.3.2.1 Trabalho com Grupo

O/a assistente social pode realizar atendimento em grupo na comunidade terapêutica utilizando rodas de conversa, oficinas, dinâmicas e debates. Temas pertinentes a serem trabalhados nessas atividades são sobre a relação ética entre os sujeitos, cidadania, relações de gênero, relação familiar etc. Segue sugestão de dinâmicas de grupo:

Quadro 2: Dinâmica de grupo 1²³⁷

Dinâmica “do Ponto”	
Objetivos:	Proporcionar reflexão sobre preconceitos
Metodologia:	Pegar uma folha em branco e fazer um ponto no centro. Perguntar ao grupo o que eles veem. As respostas costumam ser: “um ponto”, “um rabisco”, “uma marca” etc. O dinamizador então diz: “Não. O que vocês estão vendo é uma folha”. E então o dinamizador tem a possibilidade de refletir sobre como em nossa sociedade as pessoas estão acostumadas a enxergar somente as marcas, as características, os “defeitos” e não o todo. Uma folha é uma folha, com ou sem um ponto, assim como uma pessoa é uma pessoa, com ou sem deficiência, com ou sem cabelo crespo, gordo ou magro, heterossexual ou não.

Quadro 3: Dinâmica de grupo 2²³⁸

Dinâmica “Abrigo Subterrâneo”	
Objetivos:	Possibilitar discussão sobre aspectos importantes que envolvem o tipo de uso

²³⁶ IAMAMOTO, 1998, p. 20.

²³⁷ Adaptado de: Blog “Dinâmicas de grupo e Serviço Social”. Disponível em: dinamicasdegruposervicosocial.blogspot.com. Acesso em 29 out. 2022.

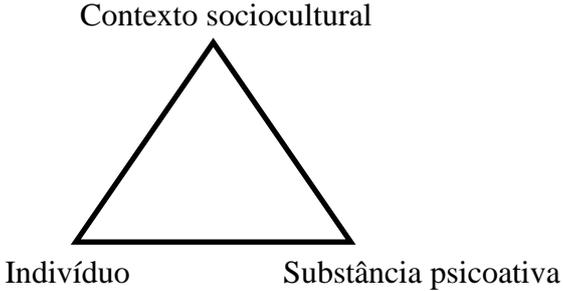
²³⁸ FLIGIE; PAYÁ, 2015, p. 92-93.

	(intensidade e problemática adquiridas), procurando romper paradigmas acerca de certos conceitos; refletir sobre a percepção e discussão de preconceitos.
Metodologia:	<p>Utilizar o texto de apoio “Abrigo Subterrâneo”²³⁹</p> <p>Informar que o grupo será responsável por escolher as pessoas que serão salvas de um bombardeio que haverá no país;</p> <p>As pessoas que escolherem ficarão em um abrigo subterrâneo, que as protegerá do bombardeio. Porém, as outras, junto com o restante da população sofrerão o ataque;</p> <p>Pedir que, primeiro individualmente, cada um anote suas escolhas. Após tê-lo feito, solicitar que o grupo discuta a respeito das escolhas a serem indicadas e decida por consenso. Explicar que não vale só a votação: é necessário discussão e consenso. Informar o tempo que terão e avisar pelo menos cinco minutos antes de acabar;</p> <p>Ao final do tempo, pedir que o grupo informe o resultado. Caso não tenha havido consenso, pedir para explicar o motivo e o porquê de não terem conseguido decidir;</p> <p>Abrir para discussão: o facilitador deve dar atenção sobre preconceitos (dentro e fora do grupo).</p> <p>Com esse exercício é possível discutir aspectos como diferença entre padrões de uso, uso de drogas entre homens e mulheres, adolescentes e uso de substâncias na gravidez, entre outros.</p>

Quadro 4: Dinâmica de Grupo 3²⁴⁰

Dinâmica “Origem multifatorial da dependência química”	
Objetivos:	Refletir sobre a complexidade envolvida na gênese da dependência ao uso de substâncias, desmistificando a ideia presente no senso comum, segundo a qual esta condição seria inata ou força de falta de força de vontade por parte do usuário, para interromper o consumo de álcool ou droga; a partir da discussão realizada, oferecer aos participantes mais subsídios para lidar com o fenômeno da dependência química, agregando ao ponto de vista clínico a necessidade de compreensão biopsicossocial.

²³⁹ Anexo D.²⁴⁰ FLIGIE; PAYÁ, 2015, p. 112-113.

Metodologia:	<p>Iniciar a atividade investigando junto aos participantes suas compreensões acerca da origem da dependência de substâncias;</p> <p>Discutir a compreensão biopsicossocial a partir das crenças emergentes no grupo;</p> <p>Apresentar visualmente o esquema representativo da gênese multifatorial da dependência de substâncias:</p> <div style="text-align: center;">  </div>
--------------	---

3.3.2.2 Arteterapia e musicoterapia

A arteterapia é um processo terapêutico que utiliza diversas modalidades de expressão artística (pintura, desenho, colagem, escrita, dança, entre outras) e, assim como a espiritualidade, é uma busca de sentido para a vida. Silvia Martins diz que a espiritualidade e arteterapia quando associadas podem direcionar de maneira mais satisfatória essa busca e que a arteterapia pode contribuir para o conhecimento e o reconhecimento da própria espiritualidade, pois o sentido da vida é a busca essencial e pessoal para o autoconhecimento.²⁴¹ A arteterapia pode contribuir para o processo de tratamento da dependência química proporcionado, por meio das técnicas e instrumentos utilizados pelo profissional arte-terapeuta habilitado, visando auxiliar na reabilitação psicossocial dos participantes “na busca pelo seu eu, pela sua individualidade, no sentido de ser único em seus trajetos, na sua história e nas suas escolhas”²⁴².

Musicoterapia é a ciência que estuda o som e a música como o meio que proporciona qualidade de vida, coletividade e estimulação. Musicoterapia e espiritualidade quando relacionadas, indicam autoestima, instilação de esperança, motivação, bem-estar espiritual,

²⁴¹ MARTINS, Silvia X. C. Espiritualidade, arteterapia e a busca de sentido: considerações à luz da logoterapia de Viktor Frankl. *Revista Logos e Existência*, v. 6, n. 2, p. 100-107, 2017. p. 104.

²⁴² TONDO, Talissa. Arteterapia e dependência química: ser e vir a ser, caleidoscópio de possibilidades. In: GONÇALVES, Carla B. C.; ORMEZZANO, Graciela; TONDO, Talissa (orgs.). *Práticas integrativas na Rede de Atenção Psicossocial: humanização e arteterapia*. Passo Fundo: UPF, 2016, p. 49-78. p. 75.

saúde integral, entre outros benefícios.²⁴³ Segundo a pesquisa o efeito da musicoterapia sobre o estresse de dependentes químicos, a musicoterapia pode ser um recurso complementar no tratamento da dependência química, utilizada para auxiliar na diminuição do estresse emocional que ocorre no período de abstinência da substância psicoativa.²⁴⁴ No plano de tratamento de uma instituição, a musicoterapia pode ser aplicada na área sonora musical, expressão e movimentação, com objetivo de desenvolver melhor integração intrapessoal e interpessoal. A musicoterapia é considerada uma técnica não invasiva e deve ser conduzida por um profissional habilitado em musicoterapia.

A comunidade terapêutica que não tenha condições financeiras para arcar com o custo de contratação de arteterapeuta e/ou musicoterapeuta pode criar projetos em parceria com faculdades ou institutos que ofereçam os cursos, bem como participar de editais de fomentos e financiamentos de projetos para conseguir implementar tal atividade na rotina de tratamento. Nesse ponto, o/a profissional de Serviço Social é capaz de elaborar projetos para implementação e realização de arteterapia e musicoterapia na comunidade terapêutica, facilitada por profissionais qualificados e que sejam capazes de utilizar arte, música e seus elementos junto ao grupo com objetivo de alcançar as necessidades físicas, emocionais, sociais e cognitivas das pessoas acolhidas na comunidade terapêutica.

3.3.2.3 Meditação e técnicas de relaxamento respiratório

O/a assistente social da comunidade terapêutica pode propor a inserção de atividades de meditação e relaxamento respiratório na rotina da comunidade terapêutica. Essas atividades são técnicas de autorregulação do corpo e da mente que podem ser práticas complementares no tratamento da dependência química para controle da fissura. As atividades podem ser estimuladas e conduzidas pelo profissional de psicologia da comunidade terapêutica e atualmente a tecnologia possibilita facilitação na meditação guiada, com uso de aplicativos gratuitos. São atividades que podem ser realizadas em espaços abertos ou fechados, individualmente ou em grupo, de baixo custo e possível de serem realizadas dentro da comunidade terapêutica.

²⁴³ PISMEL, Mariana Christina G.; RÖPKE, Jéssica; TOMASELLI, Tainá Jackeline; NEVES, Lidiana; PASQUAL, Fernanda S.; VAGETTI, Gislaine Cristina. Musicoterapia e espiritualidade: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, ano 20, n. 25, p. 8-29, 2018. p. 26.

²⁴⁴ TAETS, Gunnar G. C.; JOMAR, Rafael T.; ABREU, Angela Maria M.; CAPELLA, Marcia A.M. Efeito da musicoterapia sobre o estresse de dependentes químicos: estudo quase - experimental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 27, p. 1-7, 2019. p. 05.

3.3.2.4 Roda de leitura

O contato com a literatura contribui na formação do cidadão crítico. A ideia de implementar a leitura coletiva na comunidade terapêutica proporciona a troca de ideias e o diálogo com objetivo de humanizar, provocar, estimular a criatividade e promover autoestima por meio da discussão de temas diversos. As rodas de leitura são atividades em grupo de baixo custo e que podem ser mediadas pelos profissionais da equipe multidisciplinar da comunidade terapêutica. A ideia é simples: uma pessoa faz a leitura de um texto ou livro para o grupo a fim de gerar discussões. Importante propor textos que provoquem debates elucidativos e reflexões ao grupo. Segue algumas sugestões de leituras:

- A solidão amiga (Rubem Alves);
- Crime e castigo (Fiódor Dostoiévski);
- Qual é o seu lugar no mundo? (Leila Navarro)
- O cortiço (Aluísio Azevedo)



CONCLUSÃO

Diante das informações apresentadas na pesquisa, podemos afirmar que a religião se manifesta nas comunidades terapêuticas credenciadas ao Programa Rede Abraço de maneira distinta e que sua representação não necessariamente afeta de maneira propositiva no tratamento da pessoa que está acolhida. Algumas instituições manifestam a sua religiosidade e permitem que esse traço da proposta de tratamento fique explícito, como é o caso da CT1, CT4 e CT5. Ao entrar nessas instituições já podemos perceber que possuem caráter religioso a partir dos símbolos e elementos visuais que remetem ao cristianismo. As outras instituições deixam transparecer o vínculo religioso a partir das parcerias com igrejas cristãs, prática da oração com parte da rotina diária e outros aspectos que são percebidos a partir do discurso dos integrantes da equipe e das pessoas que estão acolhidas nesses espaços – como é o caso das CT2 e CT3.

Podemos afirmar que de todas as comunidades terapêuticas visitadas a CT1 é a que mais atua com proselitismo, pois em todo o espaço institucional se observa traços do catolicismo e a instituição não propõe em sua rotina atividades para desenvolvimento da espiritualidade que não estejam vinculadas com a prática católica. Para além da questão religiosa, essa comunidade terapêutica não consegue, conforme a rotina e o plano de trabalho exposto, auxiliar as pessoas que estão acolhidas a elaborarem um plano individual de atendimento que colabore para a reinserção social. Percebe-se então que, nessa instituição permanece a lógica do tratamento por meio do afastamento social, laborterapia e práticas religiosas com objetivo de conversão. Essas ações são contrárias ao edital de credenciamento do PESD.

A religião também se manifesta nas CT2, CT4 e CT5 por meio da presença dos líderes religiosos (pastor e pastora), sendo essas as pessoas responsáveis pela manutenção da ordem e provimento desses espaços – por se tratar dos gestores, bem como por remeter a uma figura de autoridade que promove orientação. Na CT4 o pastor tem um cargo de “conselheiro espiritual”, dando a entender que, por se tratar de um pastor cristão, o aconselhamento oferecido será dentro da perspectiva religiosa, de conversão e de moralidade cristã. Quanto a realização de cultos, grupos de estudo bíblico e expressão musical por meio de cânticos de adoração, essas podem ser vistas como uma forma de preencher o tempo ocioso dentro das instituições, pois dentro da rotina apresentada por essas comunidades terapêuticas percebe-se a dificuldade que têm em propor uma rotina que trabalhe a reinserção social das pessoas acolhidas – conforme prevê o Plano Nacional sobre Drogas.

No intuito de auxiliar os profissionais de Serviço Social que atuam nesses espaços, propomos um plano de intervenção com vistas a garantir a elaboração do plano de atendimento individual da pessoa em tratamento, as articulações com os programas e serviços, a realização dos encaminhamentos necessários, a promoção dos vínculos familiar e territorial. Enfim, uma proposta de trabalho para o/a assistente social inserido dentro desse campo, que muitas vezes se torna desafiador diante das limitações e rotina que desvia do caráter de política pública para ser um espaço de evangelização. A proposta desse plano de intervenção pode parecer irrelevante, entretanto as observações apresentadas referentes à rotina e atividades das comunidades terapêuticas mostra que os profissionais de Serviço Social dessas instituições carecem de atuar de maneira mais propositiva nesses espaços, contribuindo para que o aspecto da espiritualidade seja trabalhado com objetivo de tornar o acolhimento mais suportável em relação à abstinência e na lida com os problemas envolvendo o uso da droga.

O Serviço Social, enquanto uma categoria profissional empreendeu esforços no estabelecimento de um Código de Ética profissional com valores não-sectários e laicos com objetivo de não permitir que valores religiosos interfiram na prestação do atendimento e garantia de acesso aos direitos sociais. Ainda assim, o/a assistente social, enquanto ser social, é afetado pela dimensão religiosa e imprime em sua prática profissional valores religiosos. Isso não é de todo ruim, na medida em que os valores religiosos servem de parâmetro para definir a ética na relação com o usuário dos serviços, mas se torna um problema quando tais valores expressam juízo de valor sobre os usuários.

A presença da religião na comunidade terapêutica e na atuação do/a assistente social que trabalha nesses espaços pode ou não se tornar um problema. Tudo dependerá da forma como essa relação for tratada. Refletir sobre a presença da religião na prática do/a assistente social, aprofundar o conhecimento sobre a dependência química e compreendê-la com um fenômeno social, uma expressão da questão social e auxiliar a pessoa em tratamento para que consiga ressignificar sua vida por meio de ações concretas ligadas ao trabalho, educação e suporte social são ações importantes para o/a assistente social inserido nesse campo de trabalho. A religião não pode ser entendida como a maneira mais eficaz para auxiliar o dependente químico na manutenção da abstinência, ou ser vista como a melhor opção para obtenção de novos vínculos sociais e apoio incondicional. Devemos considerar a diversidade e dentro dessa diversidade existem pessoas que, por diversos motivos, não se identificam com o tratamento de base estritamente religiosa e, por isso, é importante que sejam propostas ações que ajudem a pessoa em atendimento a buscar sentido para a sua vida.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Gina A.; RODRIGUES, Wellington G.; TORRES, Amilton; RIOS, Mino C.; BRASIL, Mágela de S. A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. *Revista de Estudos da Religião - REVER*, São Paulo, v. 10, p. 77-98, mar. 2010.

ABRAMIDES, Maria Beatriz C. 80 anos de Serviço Social no Brasil: organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 127, p. 456-475, set./dez. 2016.

AGUIAR, Antônio Geraldo de. *Serviço Social e Filosofia: das origens a Araxá*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

ALARCON, Sergio; BELMONTE, Pilar R.; JORGE, Marco Aurélio S. O Campo de Atenção ao Dependente Químico. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (orgs). *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 63-81.

ANDRADE, Maria Angela R. A. O metodologismo e desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro – 1947 a 1961. *Revista Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008.

ANDRADE, Solange R. de. História das religiões e das religiosidades, uma breve introdução. In: MARANHÃO FILHO, E. M. de A. (org.). *(Re)conhecendo o sagrado: reflexões teórico-metodológicas dos estudos de religiões e religiosidades*. São Paulo, Fonte Editorial, 2013. p. 11-32.

BARDI, Giovanna. *Entre a “cruz” e a “caldeirinha”*: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

BERGER, Peter L. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulinas, 1985.

BINOTI, Janete J. *Catolicismo atual: a teologia da libertação e a linha pastoral do Papa Francisco*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2017.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BRASIL. *Código de ética do/a assistente social*. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007.

BRASIL. *Decreto nº 119-A, de 07 de janeiro de 1890*. [Prohíbe a intervenção da autoridade federal e dos Estados federados em matéria religiosa, consagra a plena liberdade de cultos, extingue o padroado e estabelece outras providências] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d119-a.htm. Acesso em: 04 de abr. de 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico*, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 set. 2022.

CALVANI, Carlos Eduardo B. Espiritualidades não-religiosas: desafios conceituais. *Revista Horizonte*, v. 12, n. 35, jul./set. 2014, p. 658-687.

CFESS MANIFESTA. *Edição especial: Em defesa do Estado laico!* Brasília, 6 jan. 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2015-CfessManifesta-EstadoLaico-Site.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CLARINDO, Sônia Maria C. *Identidade AA: os caracteres de religiosidade na construção do modelo terapêutico da irmandade de Alcoólicos Anônimos*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2014.

COLLA, Ana Claudia. *A noção de justiça do Serviço Social brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais 1947*. [s.d.]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1947.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais 1965*. [s.d.]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1965.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais da política de saúde*. Brasília, 2010. Disponível em: http://cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 25 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social*. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em: 25 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Resolução 569, de 25 de março de 2010*. [Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf. Acesso em: 29 mai. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas*. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

CROATTO, José Severino. *As linguagens da experiência religiosa: uma introdução à fenomenologia da religião*. 3 ed. São Paulo: Paulinas, 2010.

DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAMAS, Fernando B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista Saúde Pública de Santa Catarina*, Florianópolis, v. 6, n.1, jan./mar. 2013. p. 50-65.

DANTAS, Renan B. O lugar da espiritualidade no cuidado da adicção química a partir da trajetória de padre Haroldo J. Rahm. *Revista Reflexus*, Vitória, v. 13, n. 21, jan. 2019. p. 109-131.

DOMANICO, Andrea. História, Conceito e Princípios de Redução de Danos. In: SURJUS, L. T. L. S.; FORMIGONI, M. L. O. S.; GOUVEIA, F. (orgs.). *Redução de Danos - Conceitos e Práticas Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil*. Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Redu%C3%A7%C3%A3o_de_danos_-_conceitos_e_pr%C3%A1ticas.pdf. Acesso em 16 abr. 2022.

DUARTE, Paulina do C. A. V.; DALBOSCO, Carla. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMILIANO, Vitore André Z. (orgs.). *Capacitação para comunidades terapêuticas - conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. p. 11-20.

DURKHEIM, Émile. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ELIADE, Mircea. *O Sagrado e o profano: a essência das religiões*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ESPERANDIO, Mary Rute G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Revista Horizonte*, v.12, n. 35, 2014, p. 805-832.

ESPERANDIO, Mary Rute G.; CÔRREA, Márcia Regina. O papel da espiritualidade/religiosidade no fenômeno da drogadicção: uma revisão integrativa de literatura. *REVER*, São Paulo, a.17, n. 2, p. 73-98, mai./ago. 2017.

ESPIRÍTO SANTO (Estado). *Lei complementar nº 883, de 29 de dezembro de 2017*. [Altera a Lei Complementar nº 605, de 02 de dezembro de 2011, que cria a Coordenação Estadual sobre Drogas; e a Lei nº 9.845, de 31 de maio de 2012, que institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – SISESD]. Vitória, 2017. Disponível em: <https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/DOCUMENTOS%202018/Lei%20Complementar%20883%20-%2029%20dezembro%202017.pdf>. Acesso em 10 abr. 2022.

ESPIRÍTO SANTO (Estado). *Lei nº 10.737, de 21 de setembro de 2017*. [Altera a Lei nº 9.845, de 31 de maio de 2012]. Vitória, 2017. Disponível <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI107372017.html>. Acesso em 10 abr. 2022.

ESPÍRITO SANTO (Estado). *Lei nº 9.845, de 31 de maio de 2012*. [Institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – SISESD, para articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como repressão ao tráfico ilícito de drogas]. Vitória, 2012. Disponível em <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI98452012.html>. Acesso em 10 abr. 2022.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Edital de Credenciamento Nº 001/ 2018*. Credenciamento de entidades privadas, sem fins lucrativos, prestadoras de serviço de atenção especializada às pessoas com dependência química. Disponível em: <https://sedh.es.gov.br/editais-2?page=4>. Acesso em: 20 out. 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Plano Geral de Reinserção Social*. Vitória, 2020a. Disponível em: <https://sedh.es.gov.br/plano-de-reinsercao-social>. Acesso em: 20 out. 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Programa Estadual de Ações Integradas Sobre Drogas - Rede Abraço*. Vitória, 2020b. Disponível em: <https://sedh.es.gov.br/programa-estadual-de-acoes-integradas-sobre-drogas>. Acesso em: 20 out. 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Programa Estadual de Ações Integradas Sobre Drogas - Rede Abraço*. Indicadores. Vitória, 2021. Disponível em: [https://ocid.es.gov.br/Media/ObservatorioCapixaba/documentos/Indicadores%20do%20Programa%20Estadual%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20Integradas%20sobre%20Drogas%20\(Rede%20Abra%C3%A7o\).pdf](https://ocid.es.gov.br/Media/ObservatorioCapixaba/documentos/Indicadores%20do%20Programa%20Estadual%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20Integradas%20sobre%20Drogas%20(Rede%20Abra%C3%A7o).pdf). Acesso em: 10 abr. 2022.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Programa Estadual de Ações Integradas Sobre Drogas - Rede Abraço*. Protocolo de Atenção do Centro de Acolhimento Integral sobre Drogas. Vitória, 2022. Disponível em: <https://ocid.es.gov.br/Media/ObservatorioCapixaba/documentos/PROTOCOLO%20CAAD%202022.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. *Edital de Credenciamento Nº 006/ 2018*. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Credenciamento/Edital%20de%20Credenciamento%20SESA%20-%20SAUDE%20MENTAL.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

FEHLBERG, Maria da Penha A. *Serviço Social: influências religiosas, constituição da profissão e os desafios atuais*. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2009.

FLIGIE, Neliana B, PAYÁ, Roberta. *Dinâmicas de grupo e atividades clínicas aplicadas ao uso de substâncias psicoativas*. São Paulo: Roca, 2015.

FRAAS, Hans-Jürgen. *A religiosidade humana: compêndio de psicologia da religião*. 2ª ed. São Leopoldo: Sinodal, 1997.

FRACASSO, Laura. As mudanças no processo de criação das comunidades terapêuticas. In: KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMILIANO, Vitore André Z. (orgs.). *Capacitação para comunidades terapêuticas - conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. p. 37-45.

FRANCO, Clarissa de. Psicologia e espiritualidade. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 399-410.

GARCIA, Leon.; SANTANA, Patrícia.; PIMENTEL, Pollyana.; KINOSHITA, Roberto T. Política nacional de saúde mental e organização da rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). In: KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMILIANO, Vitore André Zilio (orgs.). *Capacitação para comunidades terapêuticas - conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. p. 21-36.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

IAMAMOTO, Marilda V. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo, Cortez: 1998.

IAMAMOTO, Marilda V. *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social*. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, Marilda V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda. V.; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

JUNAAB – Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil. *Vivendo Sóbrio*. São Paulo, 2017.

KIVITZ, Ed René. *Outra espiritualidade: fé, graça e resistência*. São Paulo: Mundo Cristão, 2014.

LEAL, Fabiola X.; SANTOS, Caroline. C. M. dos; JESUS, Renata S. de. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. *Revista Textos e Contextos*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 2016, p. 423-436.

LOECK, Jardel F. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico científico. In: SANTOS, Maria Paula G. dos (org.). *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 77-100.

LOPES, Geraldo. *Gaudium et Spes: texto e comentário*. São Paulo: Paulinas, 2011.

MACHADO, Clayton dos S. *Espiritualidade em ambiente corporativo: comunidade, sentido e integralidade como perspectiva de uma espiritualidade laica (Mestrado em Ciências das Religiões)* - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2016.

MARIANO, Ricardo. Sociologia da religião e seu foco na secularização. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 231-242.

MARTELLI, Stefano. *A religião na sociedade moderna: entre secularização e dessecularização*. São Paulo: Paulinas, 1995.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *Serviço Social: identidade e alienação*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MARTINS, Silvia X. C. Espiritualidade, arteterapia e a busca de sentido: considerações à luz da logoterapia de Viktor Frankl. *Revista Logos e Existência*, v. 6, n. 2, p. 100-107, 2017.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Casa Civil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. *Diário Oficial Eletrônico*: p. 1, 06 jun. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 20 out. 2021.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Casa Civil. Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019. *Diário Oficial Eletrônico*: p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm. Acesso em: 25 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 101 de 30 de maio de 2001. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 105, p. 23, 31 mai. 2001. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/RDC_101_2001.pdf/2b352c5a-c423-4fc9-928a-1069d53920d4?version=1.0. Acesso em: 14 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 29 de 30 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 125, p. 62, 01 jul. 2011. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0029_30_06_2011.pdf/37ab1571-d930-4a26-a62a-3f7687349d5b. Acesso em: 14 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria *Perguntas e respostas: comunidades terapêuticas*. Brasília, [n.p.], 13 out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 27 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*: Brasília, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.088, de 23 dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 247, p. 230-232, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 09 abr. 2022.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. *Política Nacional de Assistência Social/ PNAS*. Brasília, nov. 2005.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 21: Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*, 2017. Mar. 2017. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em 14 jul. 2022.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. *Diário Oficial da União*: Brasília, p. 7613, 08 jun. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm. Acesso em: 06 abr. 2021.

MIRANDA, Mario de F. Igreja e sociedade na Gaudium et Spes e sua incidência no Brasil. *Revista Eclesiástica Brasileira*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 261, p. 89-114, jan. 2006.

MOREIRA, Rafaela D. *Religiosidade/ espiritualidade como estratégia de coping na adesão e no abandono do tratamento em pessoas vivendo com o HIV*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

NEVES, Claudia N. da. Igreja católica, assistência social e caridade: aproximações e divergências. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, a. 8, n. 15, p. 326-35, jan/jun 2006.

OLIVEIRA, Claudete de J. *Dependência do álcool e outras drogas: debate conceitual, políticas públicas e a inserção do serviço social nessa área*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

OLIVEIRA, Silvio Márcio G. *Serviço Social, religiosidade e defesa da laicidade*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018.

OLIVEIRA, Wanderley C. de. *Elementos do Assistencialismo no Serviço Social brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. OMS. São Paulo: Roca, 2006.

PEREIRA, Janine M. *Da filantropia rumo a política pública: uma genealogia das comunidades terapêuticas para dependentes de drogas psicoativas*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2016.

PEREIRA, José C. Religião e poder: os símbolos do poder sagrado. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 3, p. 80-107, p. 80-107, 2008.

PICH, Roberto H. Religião como forma de conhecimento. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 143-160.

PINTO, Ênio B. Ciência da religião aplicada à psicoterapia. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 677-689.

PISMEL, Mariana Christina G.; RÖPKE, Jéssica; TOMASELLI, Tainá Jackeline; NEVES, Lidiana; PASQUAL, Fernanda S.; VAGETTI, Gislaine Cristina. Musicoterapia e espiritualidade: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, a. 20, n. 25, p. 8 – 29, 2018.

PONDÉ, Luiz Felipe Religião e ética. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 161-173.

QUINTANEIRO, Tânia; BARBOSA, Maria Ligia de O.; OLIVEIRA, Márcia Gardênia M. de. *Um toque de clássicos*. 2 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

RANQUETA JUNIOR., Cesar A. Laicidade, laicismo e secularização: definindo e esclarecendo conceitos. *Periódicos da Universidade Federal de Santa Maria*, v. 21, n. 1, 2008.

REZENDE FILHO, Cyro de B. Os pobres na idade média: de minoria funcional a excluídos do paraíso. *Revista Ciências Humanas*, UNITAU, Brasil, v. 1, n. 1, 2009.

ROCHA, Abdruschin S. Espiritualidade em ambientes corporativos: uma nova modalidade de retorno do religioso. In: ROCHA, Abdruschin S.; OLIVEIRA, David M. de.; MARLOW, Sergio Luiz (orgs.). *Espiritualidades contemporâneas*. Vitória: Unida; Faculdade Unida de Vitória, 2013. p. 15-31.

RODRIGUES, Cátia C. L.; GOMES, Antônio M. A. Teorias clássicas da psicologia da religião. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 333-345.

RODRIGUES, Elisa. Insights teóricos a partir de dois clássicos das Ciências Sociais da Religião: Dürkheim e Weber. *Estudos de Religião*, v. 26, n. 42, p. 156-171, 2012.

ROSA, Wanderley P. da. *Por uma fé encarnada: uma introdução à história do protestantismo no Brasil*. São Paulo: Recriar; Vitória: Unida, 2020.

SANCHEZ, Zila Van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 02, p. 265-272, 2008.

SANCHIS, Pierre. As religiões dos brasileiros. *Revista Horizonte*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 28-43, 1997.

SANTOS, Cláudia M. dos. *Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – UFRJ/Escola de Serviço Social/Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2006.

SENADO FEDERAL. *Decreto-Lei nº 525, de 1 de julho de 1938*. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/norma/523684/publicacao/15636320>. Acesso em 06 abr. 2021.

SILVA, Maria Eliane A. da. Psicologia do desenvolvimento e religião. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 411-421.

SIMÕES NETO, José Pedro. *Assistentes Sociais e Religião: um estudo Brasil/ Inglaterra*. São Paulo: Cortez, 2005.

SOUZA, André Ricardo de. As mudanças na intervenção social do catolicismo brasileiro. *Revista Estudos de Sociologia*. Universidade Federal de Pernambuco, v. 13, n. 1, p. 131-160, 2007.

SOUZA, Regiane R. de; SILVA, Claudia N. da. A religiosidade do assistente social, p. 1679-1687. In: Anais do XI Seminário de Pesquisa em Ciências Humanas. *Blucher Social Science Proceedings*, n.4 v.2. São Paulo: Blucher, 2016.

STROPPA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. (orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão de medicina*. Belo Horizonte: Inede, p. 427-443, 2008.

TAETS, Gunnar G. C.; JOMAR, Rafael T.; ABREU, Angela Maria M.; CAPELLA, Marcia A.M. Efeito da musicoterapia sobre o estresse de dependentes químicos: estudo quase - experimental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 27, p. 1-7, 2019.

TONDO, Talissa. Arteterapia e dependência química: ser e vir a ser, caleidoscópio de possibilidades. In: GONÇALVES, Carla B. C.; ORMEZZANO, Graciela; TONDO, Talissa (orgs.). *Práticas integrativas na Rede de Atenção Psicossocial: humanização e arteterapia*. Passo Fundo: UPF Editora, 2016. p. 49-78.

TORRESAN, Ricardo C.; OLIVEIRA, Janaina B. de; KERR-CORRÊA, Florence. As substâncias psicoativas. In: KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMILIANO, Vitore André Z. (orgs.). *Capacitação para comunidades terapêuticas - conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013, p. 83-88.

TWORUSCHKA, Udo. Ciência prática da religião: considerações teóricas e metodológicas. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 577-588.

USARSKI, Frank. *Constituintes da Ciência da Religião: cinco ensaios em prol de uma disciplina autônoma*. São Paulo: Paulinas, 2006.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral voltado à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 103 – 117.

VALLE, Edênio. A psicologia da Religião. In: USARSKI, Frank (org.). *O Espectro Disciplinar da Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas, 2007.

VILHENA, Maria Angela. Ritos religiosos. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 513-524.

ZANGARI, Wellington; MARALDI, Everton de O.; MARTINS, Leonardo B.; MACHADO, Fátima R. Estados alterados de consciência e religião. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013, p. 423-435.

ANEXO A: LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL SOBRE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL SOBRE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	
Lei Federal Nº 9.649, de 27 de maio de 1998	<p>Ementa: Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Cria a Secretaria Nacional Antidrogas e o Conselho Nacional Antidrogas.</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19649compilado.htm</p>
Lei Federal Nº 10.216, de 6 de abril de 2001	<p>Ementa: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm</p>
Decreto Federal Nº 4.345, de 26 de agosto de 2002	<p>Ementa: Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm</p>
Lei Estadual Nº 7.743, de 13 de abril de 2004	<p>Ementa: Cria o Fundo Estadual Antidrogas, e dá outras providências</p> <p>Disponível em: http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/lei77432004.html</p>
Lei Federal Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006	<p>Ementa: Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm</p>
Decreto Federal Nº 5.912, de 27 de setembro de 2006	<p>Ementa: Regulamenta a Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências.</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5912.htm</p>
Decreto Federal Nº 6.117, de 22 de maio de 2007.	<p>Ementa: Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.</p> <p>Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=6117&ano=2007&ato=99cEzZE9ENRpWTaac</p>
Resolução ANVISA - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011	<p>Ementa: Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.</p> <p>Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html</p>
LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL SOBRE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E	

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	
Nota Técnica ANVISA nº 1/2011	<p>Ementa: Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.</p> <p>http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/Nota+T%C3%A9cnica+n%C2%BA+1_2011/339986cd-3e8d-475a-b448-2469347a1763</p>
Portaria Federal Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	<p>Ementa: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).</p> <p>Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html</p>
Lei Estadual Complementar Nº 605, de dezembro de 2011	<p>Ementa: Cria a Coordenação Estadual sobre Drogas e dá outras providências.</p> <p>Disponível em: http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC6052011.html</p>
Lei Estadual Nº 9.845, de 31 de maio de 2012	<p>Ementa: Institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (SISESD) para articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como repressão ao tráfico ilícito de drogas.</p> <p>Disponível em: http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI98452012.html</p>
Lei Federal Nº 13.019, de 31 de julho de 2014	<p>Ementa: Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as leis Nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999.</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm</p>
Resolução CONAD Nº 01, de 19 de agosto de 2015	<p>Ementa: Regulamenta, no âmbito do sistema nacional de políticas públicas sobre drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.</p> <p>Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/</p>
Portaria Federal Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017	<p>Ementa: Altera as portarias de consolidação Nº 3 e Nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.</p> <p>Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html</p>
Lei Estadual Nº 10.737 de 21 de setembro de 2017	<p>Ementa: Altera a lei nº 9.845, de 31 de maio de 2012.</p> <p>Disponível em: http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI107372017.html</p>

LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL SOBRE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	
Lei Estadual Complementar Nº 883 de 29 de dezembro de 2017	<p>Ementa: Altera a Lei Complementar Nº 605, de 02 de dezembro de 2011, que cria a Coordenação Estadual sobre Drogas; e a Lei Nº 9.845, de 31 de maio de 2012, que institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (SISESD).</p> <p>Disponível em: https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/DOCUMENTOS%202018/Lei%20Complementar%20883%20-%2029%20dezembro%202017.pdf</p>
Decreto Estadual Nº 4195-R de 29 de dezembro de 2017	<p>Ementa: Transfere a Subsecretaria de Políticas sobre Drogas para a Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH).</p> <p>Disponível em: https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/DOCUMENTOS%202018/Transferencia%20SubDrogas%20para%20a%20SEDH.pdf</p>
Resolução Federal Nº 1, de 9 de março de 2018	<p>Ementa: Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002.</p> <p>Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971</p>
Edital Estadual de Credenciamento para Comunidade Terapêutica - Nº 01/2018	<p>Ementa: Credenciamento de entidades privadas sem fins lucrativos, para contratação de serviço especializado de acolhimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.</p> <p>Disponível em: https://sedh.es.gov.br/Media/Sedh/DOCUMENTOS%202018/Edital%20e%20Anexos%20-%20CredenciamentoEntidadesPrivadasSemFinsLucrativosPrestadoraServi%C3%A7oAten%C3%A7%C3%A3oEspecializadaPessoasComDepend%C3%AanciaQu%C3%ADmica.pdf</p>
Decreto Federal Nº 9.674, de 2 de janeiro de 2019	<p>Ementa: Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo do Ministério da Cidadania e cria a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED e suas competências.</p> <p>Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9674.htm</p>
Portaria Federal Nº 562, de 19 de março de 2019	<p>Ementa: Cria o plano de fiscalização e monitoramento de comunidade terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED.</p> <p>Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67753796/do1-2019-03-20-portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613</p>
Portaria Federal Nº 563, de 19 de março de 2019	<p>Ementa: Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania.</p> <p>Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67758461/do1-2019-03-20-portaria-n-563-de-19-de-marco-de-2019-67758457</p>

LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL SOBRE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	
Decreto Federal Nº 9.761, de 11 de abril de 2019	<p>Ementa: Revoga o Decreto Federal Nº 4.345/ 2002 e aprova a Política Nacional sobre Drogas – PNAD.</p> <p>Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316</p>
Lei Federal Nº 13.840, de 5 de junho de 2019	<p>Ementa: Altera as leis Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os decretos-lei n os 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.</p> <p>Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/lei-no-13-840-de-5-de-junho-de-2019-nova-lei-de-drogas</p>
Portaria Federal Nº 1, de 12 de novembro de 2019	<p>Ementa: Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas – SISCT.</p> <p>Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1-de-12-de-novembro-de-2019-228394305#:~:text=1%C2%BA%20O%20acesso%20ao%20Sistema, ficam%20regulamentados%20por%20esta%20Portaria.</p>
Nota Técnica CSIPS/GGT ES/ANVISA Nº 02/2020	<p>Ementa: Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas conhecidas como comunidades terapêuticas acolhedoras - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.</p> <p>Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-02-2020.pdf/view</p>
Decreto Federal Nº 10.357, de 20 de maio de 2020	<p>Ementa: Revoga o Decreto Federal Nº 9.674, de 2 de janeiro de 2019 e aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania e remaneja cargos em comissão e funções de confiança, incluindo a SENAPRED.</p> <p>Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.357-de-20-de-maio-de-2020-257819069</p>
Decreto Estadual Nº 4775-R de 9 de dezembro de 2020	<p>Ementa: Institui o Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas (PEAD).</p> <p>Disponível em: https://ocid.es.gov.br/Media/ObservatorioCapixaba/documentos/DECRETO%20PROGRAMA.pdf</p>
Instrução Normativa SEDH/SESD Nº 01/2020	<p>Ementa: Dispõe sobre a normatização dos deveres e das obrigações existentes no Plano Geral de Reinserção Social, incluído no Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas da Nova Rede Abraço, lançado pela Subsecretaria de Estado de Políticas sobre Drogas (SESD).</p> <p>Disponível em: https://ocid.es.gov.br/Media/ObservatorioCapixaba/documentos/ilovepdf_merged%20(12).pdf</p>

LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL SOBRE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	
Edital Estadual de Credenciamento para Comunidade Terapêutica - Nº 01/2021	<p>Ementa: Credenciamento de entidades privadas sem fins lucrativos, para contratação de serviço especializado de acolhimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.</p> <p>Disponível em: https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/DOCUMENTOS%202021/Edital%20de%20Credenciamento%20SEDH.SESD%20N%2001.2021%20-%20credenciamento%20de%20entidades%20privadas%20sem%20fins%20lucrativos.pdf</p>
Decreto Federal Nº 11.023, de 31 de março de 2022	<p>Ementa: Revoga o Decreto Federal Nº 10.357, de 20 de maio de 2020 e aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança, incluindo a SENAPRED.</p> <p>Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-11.023-de-31-de-marco-de-2022-390317229</p>
Lei Estadual Complementar Nº 1.001/2022	<p>Ementa: Transfere a Subsecretaria de Estado de Políticas sobre Drogas (SESD) para a Secretaria de Estado de Governo (SEG)</p> <p>Disponível em: https://ocid.es.gov.br/Media/ObservatorioCapixaba/documentos/Lei_C_n%C2%BA_1001_diario_oficial_2022-04-01%20-%20Transferencia%20da%20SESD%20-%20FESAD%20-%20COESAD%20da%20SEDH%20para%20SEG.pdf</p>

ANEXO B: OS DOZE PASSOS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

DOZE PASSOS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS
1º Passo: Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2º Passo: Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3º Passo: Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4º Passo: Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5º Passo: Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6º Passo: Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7º Passo: Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8º Passo: Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9º Passo: Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
10º Passo: Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11º Passo: Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12º Passo: Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

ANEXO C: AS DOZE TRADIÇÕES DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

DOZE TRADIÇÕES DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS
1. Nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de A.A.
2. Para nosso propósito de Grupo, há somente uma autoridade suprema - um Deus amantíssimo que Se manifesta em nossa consciência de Grupo. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não governam.
3. O único requisito para ser membro de A.A., é o desejo de parar de beber.
4. Cada grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros grupos ou a A.A. em seu conjunto.
5. Cada grupo é animado por um único propósito primordial - o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre.
6. Nenhum grupo de A.A. deverá jamais emprestar o nome de A.A., endossar ou financiar qualquer sociedade ou empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem do nosso objetivo primordial.
7. Todos os grupos de A.A. deverão ser totalmente autossuficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.
8. Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.
9. A.A., como tal, jamais deverá ser organizado; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços.
10. Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões que lhe são alheias; portanto, o nome de A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.
11. Nossa política de relações públicas baseia-se na atração em vez da promoção; precisamos sempre manter o anonimato pessoal na imprensa, rádio e filmes.
12. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

ANEXO D: MATERIAL DE APOIO

ABRIGO SUBTERRÂNEO

Escolha 5 pessoas, destas relacionadas, que ficarão protegidas de um bombardeio no país em um abrigo subterrâneo.

1. Mulher de 35 anos, dependente de álcool há 5 anos.
2. Homem epilético que bebe mais do que sua condição física permite.
3. Adolescente masculino de 17 anos que usa crack.
4. Mulher grávida de 7 meses.
5. Homem de 45 anos, alcoolista há 15 anos.
6. Idosa de 85 anos.
7. Homem de 30 anos, extremamente agressivo com as pessoas (usa a força física). Não usa drogas nem bebe.
8. Homem de 47 anos, que bebeu por 35 anos, mas que está sem beber há 2 dias; não está fazendo tratamento. Só aceita ser escolhido se puder levar a esposa.
9. Esposa do homem de 47 anos, que possui Depressão. Uma pessoa bastante debilitada e com tendência suicida.
10. Homem de 25 anos que faz uso nocivo de álcool.
11. Adolescente feminino de 15 anos que usa maconha.
12. Mulher de 25 anos que tem anorexia e é dependente de anfetaminas.