

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: UNIDADES DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE?¹

Maria Paula Gomes dos Santos²

1 INTRODUÇÃO

Este texto apresenta alguns achados da pesquisa realizada pela Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia do Ipea (Diest), entre 2014 e 2015, por encomenda da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), intitulada “*Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*”.³ *Comunidades Terapêuticas* representam um entre vários modelos de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ou *drogas*), presentes no Brasil e em diversos outros países. Criadas por iniciativas não governamentais, essas instituições organizam-se em residências coletivas temporárias, onde aquelas pessoas ingressam e permanecem por certo tempo, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida.

O modelo de cuidado proposto ancora-se em três pilares, a saber: trabalho, disciplina e espiritualidade. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico, razão pela qual é denominado de *laborterapia*; e dele espera-se o benefício da aquisição de autodisciplina e autocontrole – disposições entendidas como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de drogas, mas necessárias para o seu sucesso na vida social. As práticas espirituais buscam promover a fé dos internos em um ser ou instância superior, vista como recurso indispensável, seja para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para o seu enquadramento moral. O trabalho espiritual ancora-se em doutrinas religiosas, especialmente as de matriz cristã, mas pode prescindir delas, pois mesmo as comunidades terapêuticas (CTs) que se declaram desvinculadas de igrejas ou organizações religiosas atribuem centralidade ao cultivo da espiritualidade, como via de superação da chamada drogadição.

Percebendo os indivíduos adictos como, a um só tempo, doentes e moralmente fracos, os programas terapêuticos das CTs brasileiras utilizam-se ainda de saberes originários do campo médico-psiquiátrico – tais como as psicoterapias – em uma obra que pretende tratar sintomas decorrentes do uso problemático de SPAs operando uma *reforma moral* dos sujeitos internados.

Desde 2011, em um contexto em que a sociedade e, especialmente, a mídia apontavam a ocorrência, no país, de uma “epidemia de crack”, o governo federal vem financiando vagas para internação de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas nessas entidades, com o propósito de desonerar seu acesso a tratamentos. Ainda que tal epidemia não tenha sido comprovada empiricamente,⁴ a edição de um *plano de combate* a ela foi a resposta governamental oferecida.⁵

1. Este texto é parte de Nota Técnica a ser publicada pelo Ipea, sobre a mesma pesquisa e foi realizada com a colaboração de um conjunto de pesquisadores bolsistas do Ipea. Ver Santos *et al.*, 2016

2. Técnica de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea.

3. O projeto desta pesquisa foi primeiramente apresentado no número 6 deste *Boletim de Análise Político-Institucional*. Ver Santos (2014).

4. Ver Bastos e Bertoni (2009).

5. Ver *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*, Decretos nº 7.179/2010 e nº 7.637/2011.

Essa resposta, contudo, tem sido objeto de grande controvérsia entre autoridades públicas e profissionais da área de saúde,⁶ que criticam o modelo de cuidado implementado pelas CTs, em função do isolamento social exigido dos internos, assim como de algumas de suas práticas, como a laborterapia e as orações, entre outras. Para o Conselho Federal de Psicologia (2011), essas entidades constituem-se em verdadeiras “unidades de privação de liberdade”.⁷ Critica-se ainda a estreita vinculação que muitas das CTs possuem com igrejas e organizações religiosas, acionando-se a premissa constitucional do estado laico na tentativa de impedir o financiamento das CTs pelo governo federal.

Essa controvérsia cresce a cada ano, mesmo após a elaboração, pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), de uma Resolução (Resolução n. 1, de agosto de 2015), que visa normatizar o funcionamento das CTs que se candidatam ao mencionado financiamento.⁸ Tal embate, para além de ter tornado extremamente conflitivo o processo de elaboração da mencionada Resolução, deu destaque a um conjunto de questões relevantes para o campo das políticas públicas destinadas a populações em situação de vulnerabilidade social, que se referem aos Direitos Humanos e de Cidadania, bem como à já mencionada temática da laicidade do Estado brasileiro.

A pesquisa aqui apresentada foi encomendada nesse contexto e seu propósito foi levantar informações sistemáticas sobre essas instituições e suas práticas de cuidado, que contribuíssem para uma avaliação mais informada da política de financiamento às CTs, pelo governo federal. Para tanto, ela foi desenvolvida com base em duas metodologias: uma quantitativa – que consistiu de um *survey* junto à amostra de quinhentas CTs, gerada a partir de cadastro com quase 2 mil entidades de todo o Brasil;⁹ e outra qualitativa, pela qual foram realizados estudos etnográficos em dez unidades. O *survey* gerou informações representativas do universo dessas entidades, enquanto o trabalho de campo etnográfico permitiu análises e interpretações sobre o cotidiano das CTs, suas rotinas e suas práticas.

O presente texto não aborda, contudo, todos os achados da pesquisa, além de não esgotar as questões relevantes acerca deste universo. Tendo em vista as limitações de espaço desta publicação, optou-se por expor aqui aqueles resultados que dialogam diretamente com os questionamentos e críticas feitos ao modelo das CTs, a saber: o vínculo das CTs com igrejas e organizações religiosas (seção 2); os métodos e práticas terapêuticas adotados pelas CTs (seção 3); e as medidas disciplinares impostas aos internos (seção 4). O texto encerra-se com algumas considerações finais.

2 A QUESTÃO RELIGIOSA

Entre as questões mais controversas acerca das CTs, encontra-se a vinculação destas a igrejas e entidades religiosas, assim como o uso de orações e práticas “espirituais” no tratamento provido. Assim, a pesquisa buscou esclarecer em que medida essa vinculação ocorre e que grupos ou orientações religiosas predominam nesse universo. A tabela 1, a seguir, apresenta a distribuição percentual de CTs e de vagas, segundo a orientação religiosa adotada nesses equipamentos, bem como a sua distribuição entre as macrorregiões brasileiras.

6. Notadamente, profissionais da Saúde Mental, inclusive aqueles vinculados ao Ministério da Saúde.

7. Críticas sistematizadas em relatório da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (2011). Ver: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

8. Em agosto de 2016, esta Resolução foi suspensa, por liminar da Justiça Federal de São Paulo, sob a alegação de que, neste ato, o Conad teria avançado sobre competências que seriam próprias do Ministério da Saúde. Ver: Ministério Público, 2016.

9. Cadastro elaborado em 2009, por encomenda da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), pelo Centro de Pesquisas em Álcool e Outras Drogas do hospital das clínicas de Porto Alegre, em conjunto com o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

TABELA 1
Percentual de CTs e de vagas, segundo macrorregião geográfica e orientação religiosa

Macrorregião	% vagas						Total
	Pentecostal	Missão	Outras cristãs	Católica	Sem orientação	Outra	
Vagas Brasil	34.277	4.386	2.130	21.461	15.918	5.327	83.530
Norte	3,5	0,1	0,1	1,6	0,0	1,0	6,4
Nordeste	9,8	2,7	0,2	6,4	1,1	0,1	20,2
Centro-Oeste	4,0	0,3	0,0	1,4	1,9	0,3	7,8
Sudeste	15,3	1,4	1,6	9,8	12,4	2,7	43,2
Sul	8,4	0,8	0,6	6,5	3,7	2,3	22,4
% vagas	41,0	5,3	2,5	25,7	19,1	6,4	100
% CTs	39,7	6,9	2,6	27,1	17,8	5,8	100
Média vagas/religião	44,2	32,7	41,8	40,6	45,7	47,1	42,8

Fonte: Ipea (2016).

Como se pode observar, 41% de todas as vagas estão em CTs de orientação pentecostal, as quais, por sua vez, totalizam 40% do universo das CTs. Já CTs católicas ofertam 26% das vagas totais e representam 27% das CTs. As CTs que se declaram “Sem orientação religiosa específica” oferecem 19% de todas as vagas, e representam 18% das unidades existentes no território nacional. As CTs que mencionaram vincular-se a “outras religiões” oferecem 9% das vagas brasileiras, representando 9% das unidades. Por fim, as CTs de orientação evangélica de Missão ofertam 5% das vagas totais e representam 7% das CTs.

As vagas em CTs pentecostais predominam em todas as macrorregiões do país. As CTs católicas ofertam o segundo maior conjunto de vagas, por religião, nas regiões Norte, Nordeste e Sul. As vagas em CTs “sem orientação religiosa específica” ofertam o segundo maior conjunto de vagas, por religião, no Sudeste e no Centro-Oeste. Esses números indicam a prevalência de CTs pentecostais no universo brasileiro.

Chama atenção, contudo, o significativo percentual de entidades que dizem não possuir orientação religiosa específica, ou vinculação com qualquer Igreja (17%). Porém, mesmo entre estas, a maior parte informa estimular a fé dos internos em um ser superior (divino) por entendê-la como essencial ao processo de transformação dos sujeitos. Isso sugere que o cultivo da *espiritualidade* prescinde, a princípio, de maior formalização institucional, e que o método das CTs, antes que *subordinado* a igrejas ou organizações religiosas, encontra *afinidades eletivas com estas*, configurando-se em um campo no qual igrejas procuram realizar suas obras de moralização e transformação de subjetividades. Conforme observado em uma das CTs etnografadas,

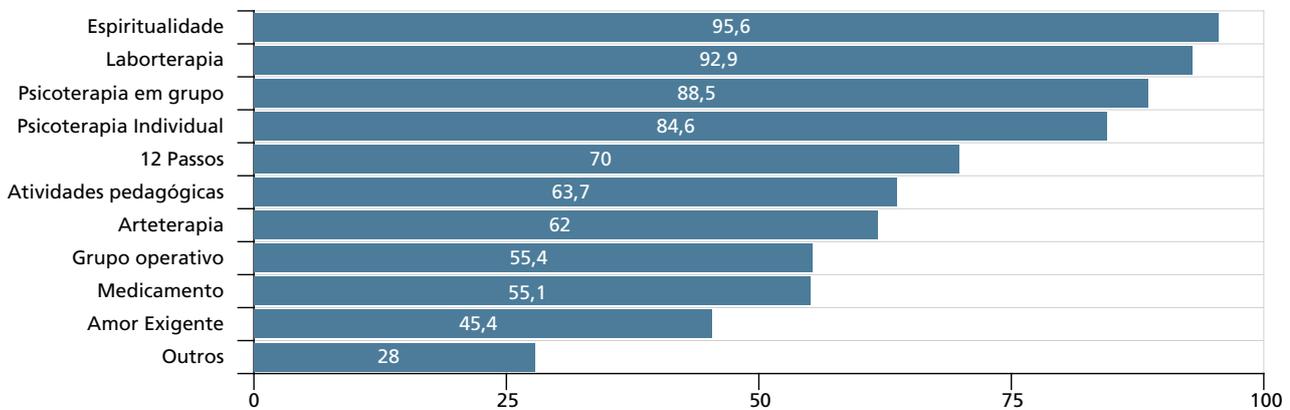
A espiritualidade entra não exatamente como “o tratamento”, mas parte dele: algo que dará *um tipo de sustentação ética* para que as pessoas se recuperem tanto no interior da CT quando em sua vida posterior (RE,¹⁰ grifo nosso).

3 MÉTODOS E PRÁTICAS TERAPÊUTICOS

A pesquisa procurou levantar e quantificar as atividades terapêuticas utilizadas no universo das CTs brasileiras e verificar os graus de sua disseminação, ou sua eventual heterogeneidade. Os métodos e recursos de tratamento informados, assim como a extensão de sua utilização no universo de CTs, encontram-se no gráfico 1. Depois deste, o gráfico 2 apresenta as atividades cotidianas realizadas pelos internos.

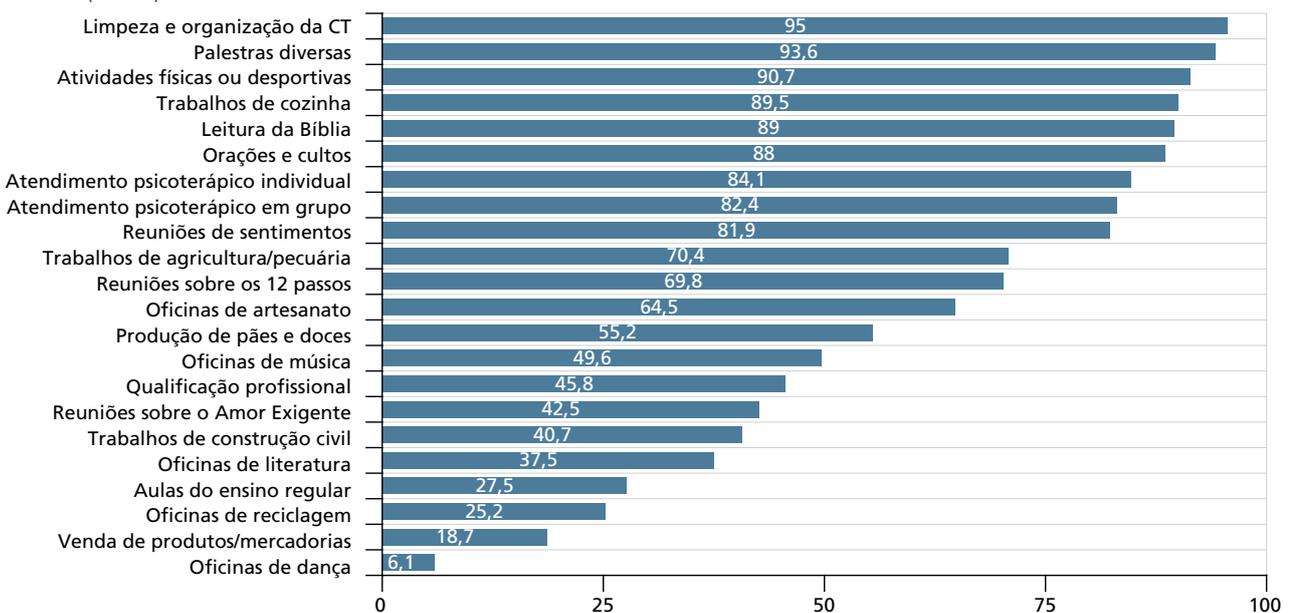
10. Relatório Etnográfico.

GRÁFICO 1
Métodos e práticas terapêuticos
(Em %)



Fonte: Ipea (2016).

GRÁFICO 2
Atividades diárias
(Em %)



Fonte: Ipea (2016).

Com efeito, esses gráficos revelam uma expressiva convergência de métodos e atividades rotineiras entre as CTs, indicando também um certo grau de *padronização* do modelo. Como se vê, o *cultivo da espiritualidade* e a *laborterapia* são comuns a mais de 90% das entidades, fato que confirma seu estatuto de “métodos basilares” das CTs, conforme apresentado anteriormente.

Não obstante, vale notar que, apesar de ser recurso terapêutico amplamente adotado, a *laborterapia* aparece, no conjunto, pouco articulada a projetos e atividades de qualificação dos internos para o mercado de trabalho: apenas 46% das CTs indicaram as atividades de qualificação como rotineiras. Em uma das CTs em que se realizou trabalho de campo, esse tema foi assunto de conversa entre os internos e a pesquisadora, conforme seu relato etnográfico:

O trabalho a ser realizado durante a laborterapia é um dos principais motivos de reclamação, e é um assunto recorrente entre os internos, quando estão fumando, ou conversando e tomando tererê.¹¹ O que é discutido é que a laborterapia é algo que não serve de nada, que eles não aprendem coisa alguma rastelando o terreno. Algumas vezes em brincadeiras foi dito “E aí, o que vai fazer quando sair daqui? O que você sabe fazer? Rastelar?” (RE).

Observa-se que também são muito empregadas as técnicas de *Psicoterapia em grupo* (88,5%) e a *Psicoterapia individual* (84,5%), originárias do campo da Saúde Mental. Destaca-se ainda a proeminência da aplicação da técnica dos 12 Passos, a qual ocorre em 70% das CTs.¹²

Por fim, cabe destacar o elevado percentual de CTs que admitem aplicar medicamentos aos internos: 55%. Sobre essa prática, vale trazer aqui um trecho de um dos relatórios etnográficos:

O uso de psicofármacos torna os internos mais dóceis aos anseios institucionais. Benzodiazepínicos (diazepan, por exemplo) são ministrados com frequência a internos recém-chegados, assim como no meio do tratamento, ou quando estão prestes a se graduar (...) Com o passar do tempo, a tendência é se reduzir a quantidade desses medicamentos [conhecido como desmame]. (...) [Mas] O desmame nem sempre é bem-sucedido (RE).

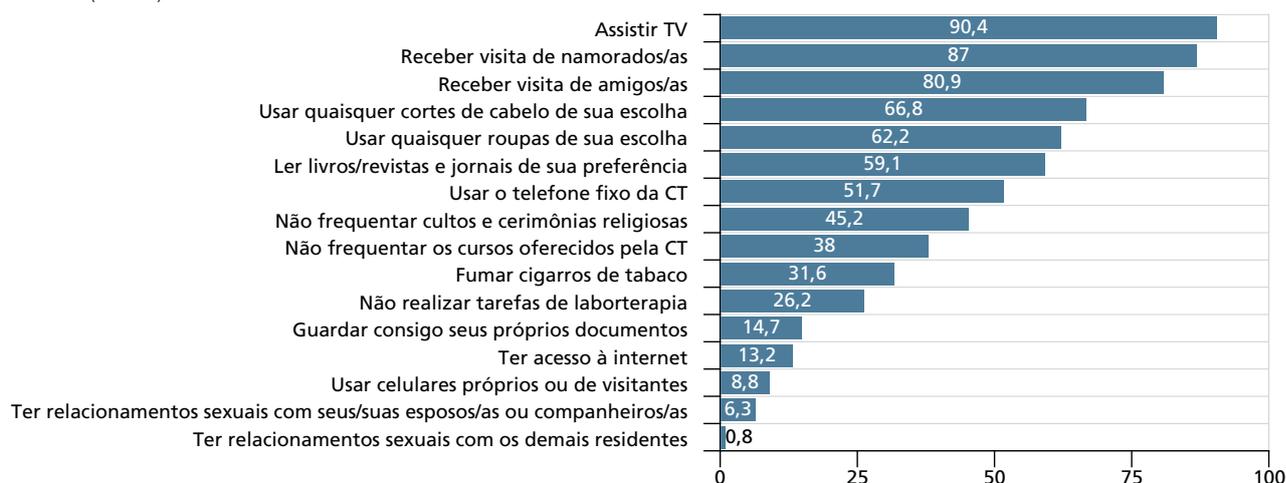
4 DISCIPLINA

Sendo a *disciplina* um dos pilares das CTs, sobre a qual recaem muitas das críticas ao modelo – entre as quais, acusações sobre violação de direitos humanos –, a pesquisa procurou interrogar quais atividades eram *permitidas* aos acolhidos durante a internação; bem como quais as eventuais *sanções aplicadas* por elas quando os internos descumprem as regras de convivência estabelecidas pela instituição.

4.1 O que é permitido

O gráfico 3 apresenta as frequências com que cada atividade foi mencionada como *permitida* pelo conjunto de CTs.

GRÁFICO 3
Práticas permitidas
(Em %)



Fonte: Ipea (2016).

11. Espécie de mate, tomado frio, em cujas semelhantes àquelas usadas para o chimarrão gaúcho. O tererê, por seu turno, é mais tradicional em Mato Grosso.

12. Difundida pelos grupos de alcoólicos anônimos, foi introduzida, com aparente sucesso, em clínicas privadas de tratamento à dependência química, já nos anos 1980.

Assistir TV parece ser a atividade mais amplamente autorizada por essas instituições. Contudo, a pesquisa de campo revelou que essa autorização não é incondicional, uma vez que nem sempre os acolhidos têm acesso irrestrito a toda a programação veiculada por emissoras de TV. Em algumas das instituições pesquisadas, só é permitido assistir a programas religiosos ou a noticiários e jogos de futebol, em horários previamente estabelecidos. Há ainda casos em que a TV da CT é utilizada apenas para a transmissão de filmes e vídeos selecionados por coordenadores e monitores. Sobre os critérios de seleção dos programas, vale resgatar aqui o registro da pesquisadora de campo, quando, durante sua permanência em uma CT, escolheu um filme (em DVD) para assistir junto aos internos.

Uma noite escolhi um filme, que foi considerado inadequado para o momento. Eu não queria ver um filme sobre Moisés, então escolhi outro. O argumento do terapeuta [sobre o filme escolhido] era de que o filme era puro gatilho. Que eles iam sonhar com todas as coisas que aparecem no filme, sobre uso de drogas, prostituição, perda de controle, obsessão. Era necessário ver algo calmo (RE, grifo nosso).

Chamam atenção, ainda, algumas restrições como, por exemplo, as que se referem ao corte de cabelo e às roupas dos internos. Trinta e três por cento das CTs não admitem que estes usem cortes de cabelo de sua própria escolha, e 38% não permitem o uso de roupas de sua preferência. As restrições parecem ainda mais severas para as mulheres. Como observado em campo, em uma CT feminina, “É proibido o uso de blusas e vestidos decotados e sem manga, ou saias, vestidos e shorts acima do joelho. Se houver roupas assim, os familiares retornam com elas” (RE).

Por fim, é ainda mais surpreendente que em apenas 14% das CTs os acolhidos sejam autorizados a guardar consigo os próprios documentos. Conforme constatado em uma das CTs pesquisadas:

No momento da admissão, deviam ser entregues à coordenação da CT os documentos pessoais da pessoa que iria se submeter ao tratamento. (...) Ao deixar a pessoa na instituição, o responsável assina um “termo de adesão”, em que são reiteradas as cláusulas do contrato anteriormente citado. (...) A última cláusula informa que, no caso de evasão da residente (saída da CT sem autorização dos familiares), seus pertences e documentos ficarão retidos na instituição até que o responsável que assinou o termo vá buscá-los (RE).

Essas práticas ferem direitos individuais (à privacidade, à identidade e à livre circulação), tendo sido, inclusive, proscritas pela Resolução nº 1 do Conad (Artigo 6º, XII; Artigo 8º, I e III).

Por fim, também é digno de destaque o baixo percentual de CTs que permitem que os acolhidos mantenham relações sexuais com seus parceiros (6,3%) e com os demais residentes (0,8%), revelando que a interdição à sexualidade dos acolhidos é um padrão também universal.

4.2 Sanções

O gráfico 4 fala das medidas adotadas em caso de descumprimento das regras de convivência estabelecidas. As sanções mais declaradas pelas CTs, como aplicáveis, foram: *i) advertência oral* (89%); *ii) comunicação à família ou pessoa de referência* (69%); e *iii) advertência por escrito* (58%). A grande frequência com que as CTs revelam lançar mão de comunicados à família, ou pessoa de referência, atesta a *condição de tutela* a que são submetidos os internos, por serem vistos como incapazes de se responsabilizar por seus destinos.

GRÁFICO 4

Sanções por descumprimento das regras de convivência

(Em %)



Fonte: Ipea (2016).

Embora pouco mencionadas, três sanções chamam atenção, *pelo simples fato de terem recebido alguma menção*: *i*) a suspensão de contatos telefônicos com familiares e amigos (praticada por 22% das CTs); *ii*) o aumento temporário das atividades de laborterapia (mencionado por 16%); e *iii*) o afastamento temporário dos demais acolhidos (mencionado por 7,5% das CTs). Considerando que essas medidas não resultam em benefícios de qualquer natureza para os internos, sua adoção parece indicar, antes, a presença de uma perspectiva punitivista em algumas das entidades pesquisadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados confirmam a centralidade do tripé *trabalho-disciplina-espiritualidade* no modelo de cuidado das CTs, revelada pela adoção da *laborterapia* e do cultivo da *espiritualidade* em mais de 90% das unidades. Também é significativa a adoção de métodos e técnicas originadas no campo *científico*, tais como a aplicação de medicamentos e as *psicoterapias, individuais* ou *em grupo*.

Os dados confirmam também a prevalência de CTs vinculadas a organizações religiosas, com destaque para as de denominação *pentecostal*. Outrossim, pode-se dizer que, diferentemente do que é mais comumente difundido, o modelo das CTs não visa primordialmente a *conversão religiosa* dos internos, mas a sua *conversão moral*. O apoio da religião e, mais amplamente, do cultivo da *espiritualidade*, são tidos como aliados poderosos, seja na proteção contra recaídas, seja na fixação de uma ética de conduta para indivíduos considerados *desregrados*.

Preliminarmente, pode-se concluir que ideia das CTs como “unidades de privação de liberdade”, tal como posta pelo Conselho Federal de Psicologia (*op. cit.*), talvez seja um pouco exagerada. Contudo, alguns aspectos disciplinares do modelo, sugeridos pelo *survey* e pelas etnografias, indicam a presença de restrições importantes, algumas delas em um pequeno conjunto, outras em um grupo grande de CTs. São elas: *i*) a imposição de cortes de cabelo específicos e de modelos de roupas; *ii*) a interdição de telefonemas; *iii*) a retenção dos documentos dos internos. Encontrou-se também CTs que sancionam comportamentos desviantes por meio de proibição temporária de atividades de lazer e, ainda que com menor frequência, do aumento das atividades laborterápicas e do afastamento temporário do infrator dos demais internos – ou seja, o isolamento no isolamento.

Justificadas como medidas necessárias à *reforma moral* dos internados, essas restrições contradizem, efetivamente, alguns dos direitos civis e humanos consagrados pela Constituição de 1988, assim como os protocolos de cuidado a usuários de álcool e drogas do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos pela Lei nº 10.2016/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, esta norma dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e seus efeitos foram depois estendidos às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. É com base nessas contradições que o modelo das CTs tem sido fortemente criticado pelos profissionais de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). **Pesquisa sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Disponível em: <goo.gl/ahTz8o>. Acesso em: 2016.
- _____. Ministério Público. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **A pedido do MPF/SP, Justiça determina a suspensão de norma do Conad que permitia a comunidades terapêuticas receber recursos federais sem cumprir normas da saúde.** Informativo PGR. Agosto/2016. Disponível em: <goo.gl/cEmmGV>.
- CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011. Disponível em: <goo.gl/vmej4>. Acesso em: 2016.
- SANTOS, M.-P. G. *et al.* **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras.** Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica). No prelo.
- SANTOS, M.-P. G. Comunidades Terapêuticas: contornos, funções e objetivos. **Boletim de Análise Político Institucional**, n. 6, 2014. Brasília: Ipea, 2014.