ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título	COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL : CONTORNOS, FUNÇÕES E OBJETIVOS
Autores(as)	Maria Paula Gomes dos Santos

Título do Boletim	BOLETIM DE ANÁLISE POLÍTICO-INSTITUCIONAL
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Ano	2014 (n.6)
ISSN	2237-6208

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

Comunidades Terapêuticas no Brasil: contornos, funções e objetivos

Maria Paula Gomes dos Santos[1]

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta nota é apresentar as principais questões da pesquisa que está sendo iniciada pela Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea, a qual visa conhecer o universo das *Comunidades Terapêuticas* (CTs) – entidades que realizam o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA). Encomendada pela Secretaria Nacional de Drogas (SENAD), a pesquisa se insere em um conjunto maior de esforços desta secretaria, no sentido de montar um sistema de avaliação e monitoramento dos programas de atenção à população afetada pelos transtornos acima citados.

A nota se inicia com uma descrição do que são estas comunidades; prossegue com um relato sobre como elas foram incluídas na política brasileira de drogas; e conclui com a apresentação dos principais problemas de pesquisa que orientam o projeto em curso.

2 O QUE SÃO COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As CTs, objeto da pesquisa em pauta, são entidades da sociedade civil que têm por objetivo acolher pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, com a finalidade de apoiá-las a interromperem este uso, e também a se organizarem para a retomada de sua vida social.

Constituem-se de residências coletivas, muitas delas situadas em áreas rurais, nas quais os indivíduos devem ingressar voluntariamente, e ali permanecer até que alcancem condições físicas e psíquicas para prosseguirem em suas trajetórias de vida, sem o uso de drogas. O objetivo da passagem dos indivíduos por estas comunidades, portanto, é a superação dos sintomas físicos e psíquicos decorrentes do uso de drogas, bem como sua renúncia total a esta prática. Neste sentido, a permanência dos indivíduos nas CTs pressupõe sua abstinência absoluta de SPAs.

Esse tipo de instituição tomou seu nome de empréstimo a um modelo de entidade criado no Reino Unido, nos anos 1950, para tratamento de soldados afetados por transtornos ocasionados por sua experiência no *front*, durante a Segunda Grande Guerra. Introduzido pelo psiquiatra Maxwell Jones,[2] o modelo constitui-se de uma entre várias alternativas de tratamento psiquiátrico experimentadas na Europa, a partir dos anos 1950, em face de um crescente reconhecimento de que o tratamento manicomial tradicional era ineficaz, além de segregador, violento e cronificador. A CT de Jones propunha, como diferencial, uma terapêutica ancorada na convivência comunitária entre os pacientes, organizada segundo normas e rotinas decididas coletivamente, por meio de debates horizontais entre pacientes e profissionais e desenvolvida por intermédio de atividades laborativas e educativas, das quais esperava-se que favorecessem a colaboração mútua no enfrentamento das dificuldades individuais.[3]

1. Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea.
2. Jones, 1953.
3. Damas, 2013.

Uma das variações do conceito de Comunidades Terapêuticas é o Modelo Synamon,[4] aplicado a partir dos anos 1960.[5] Este modelo partia da ideia de que os indivíduos dependentes encontravam-se em condição de "desvio", a qual só poderia ser "corrigida" por meio de convivência comunitária entre pares, em espaços que se configurassem como "um novo lar para eles, a partir de onde construiriam novos padrões de relacionamento social (Damas, 2013, p. 53).

No Brasil, as CTs voltadas ao tratamento da drogadição ancoram sua terapêutica em rotinas comunitárias disciplinadas; no exercício do trabalho pelos acolhidos (conhecido como "laborterapia"); e, em muitos casos, no recurso à espiritualidade.[6] Segundo a Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), a laborterapia envolve tanto tarefas de autocuidado, como de manutenção da comunidade, além de atividades produtivas (hortas, construção civil, artesanato), educativas e de formação profissional.[7] Sua inclusão no programa terapêutico parte da convicção de que muitos dos acolhidos:

> (...) têm um histórico de trabalho deficiente ou inexistente, poucas capacidades de trabalho, pouco sentido de competência e pouca autoestima no que se refere ao desempenho. Não adquiriram ou não estabilizaram hábitos pessoais fundamentais como a pontualidade, o uso de roupas apropriadas e a frequência, que são requisitos do envolvimento numa rotina de trabalho.[8]

O recurso à espiritualidade, por sua vez, também é, aparentemente, comum à maioria das CTs,[9] sendo que muitas delas estão vinculadas a grupos religiosos e igrejas de diferentes orientações (católicas, evangélicas, espíritas). Tal recurso é visto como auxiliar no manejo dos sintomas da abstinência, assim como no esforço de retomada, pelos acolhidos, de suas responsabilidades sociais.

Segundo Damas (2013),

> Há Comunidades Terapêuticas especializadas em determinado tipo de dependência, enquanto outras são focadas a grupos específicos (adolescentes, mulheres etc.). Porém, há algumas características que unem as diversas CT espalhadas no Brasil. Em primeiro lugar, inexistem empregados para execução de serviços assistenciais (limpeza, alimentação, manutenção etc.). Nas CT, o processo terapêutico é pautado no rigor do cumprimento das normas internas e nas relações interpessoais ali dentro desenvolvidas – o "paciente" tem papel mais ativo, e seus "terapeutas" são representados por outros indivíduos internos, com maior conhecimento da patologia (Damas, *op. cit*, p. 53).

4. Damas menciona dois modelos de CTs voltadas para o tratamento das toxicomanias: o Modelo de Minnesota, que ele caracteriza como "versão institucional dos alcoólicos anônimos", e o Modelo Synamon, proposto por Charles Dederich, um ex-alcoólatra (Cf. Ribeiro *et al.*, 2004, *apud* Damas, *op. cit*.).

5. Damas, 2013, p. 53.

6. Cf. Damas, 2013; Gomes, 2010.

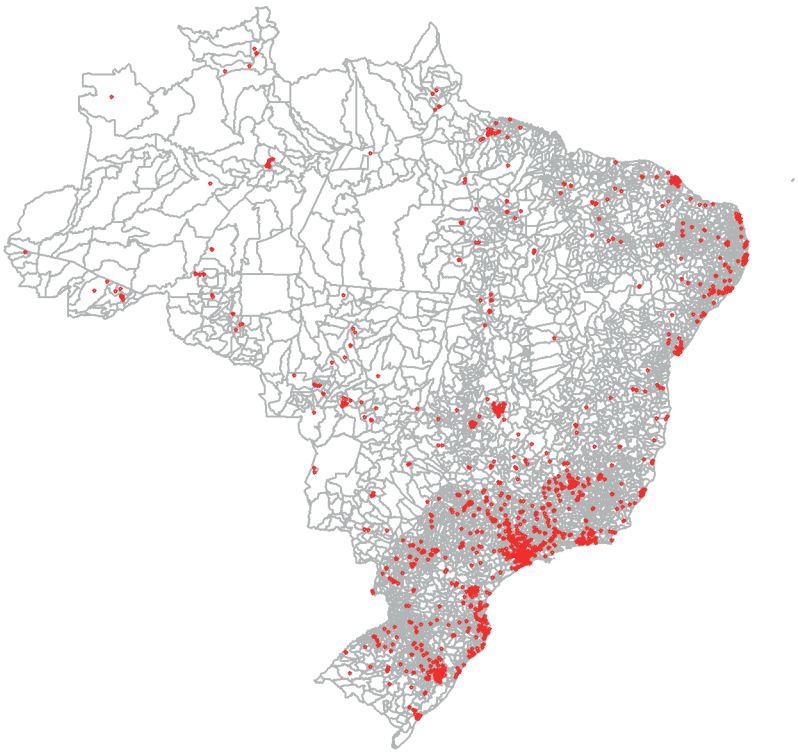
7. Informações fornecidas por e-mail ao Grupo de Trabalho do Conselho Nacional de Drogas (CONAD), destinado à regulamentação das CTs.

8. Idem.

9. Cf. Gomes, 2010.

Segundo levantamento realizado pela SENAD, existem quase 1.900 Comunidades Terapêuticas em atuação no Brasil, nos diversos estados da Federação. Destas, cerca de trezentas têm sido financiadas pelo governo federal, no âmbito do programa "Crack: é possível vencer". Estes números, bastante significativos, podem ser tomados como indicação da existência de uma ampla demanda pelos serviços oferecidos nestes espaços. A maior parte deles encontra-se nas regiões Sudeste (41,77%) e Sul (25,57%) do país, particularmente em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul. A região Norte é aquela com o menor percentual de comunidades (7,37%) – mapa 1.

MAPA 1
Localização das Comunidades Terapêuticas no território brasileiro



Fonte: cadastro da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Ministério da Justiça.
Elaboração da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest 2014) do Ipea.

3 O CONTEXTO DA PESQUISA

Desde 2012, com o lançamento do programa "Crack: é possível vencer",[10] o governo federal passou a contratar vagas em Comunidades Terapêuticas, por meio da SENAD, com recursos oriundos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Pode-se dizer que, a partir deste momento, estas entidades foram instituídas como um dos meios que o Estado brasileiro coloca à disposição da sociedade para fazer frente a demandas por tratamento da chamada dependência química.

10. Decretos 7179/2010 e 7637/2011.

Estes contratos implicam no pagamento, pelo Poder Executivo Federal, de R$ 1.000,00 por mês a tais entidades, por cada indivíduo acolhido, sendo que o financiamento não pode superar o período de doze meses consecutivos por indivíduo.

No ano de 2013 foram aportados cerca de R$ 100 milhões a Comunidades Terapêuticas em todo o país. Cabe mencionar, ainda, que antes mesmo do governo federal, estados e municípios já contratavam vagas junto às CTs, por meio de procedimentos análogos, tendo sido, ao que parece, os precursores desta prática. Os contratos são precedidos de processo seletivo das CTs interessadas, que são convocadas por editais de chamamento público, preparados e lançados pela SENAD. Estes editais estabelecem condições para a qualificação das entidades, as quais, além disso, devem observar dispositivos estabelecidos na Resolução n°. 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a qual prevê condições mínimas para o seu funcionamento e formas para sua fiscalização.[11]

Contudo, essas entidades não são formalmente enquadradas como equipamentos de saúde, já que, para sê-lo, precisariam cumprir uma série de outros requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), entre os quais possuírem um quadro de médicos, entre outros profissionais de saúde.[12] Também não são entidades de assistência social, a despeito de algumas delas terem recebido o Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social (Cebas),[13] emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

Nesse sentido, as Comunidades Terapêuticas são entidades à procura de um estatuto que defina seus contornos, suas funções e seus objetivos. É necessário, além disso, estabelecer parâmetros para avaliar seu desempenho, a partir de sua condição de recebedoras de financiamento público.[14] É no contexto destas necessidades que se coloca a pesquisa que agora se inicia. Procurada pela SENAD para realizar uma avaliação das CTs por ela contratadas, a Diest do Ipea entendeu que a realização desta tarefa seria inviável neste momento, dada principalmente a escassez de estudos e pesquisas sobre estas instituições, assim como de critérios bem estabelecidos de sua eficácia e efetividade. Assim, a proposição do Ipea, aceita pela SENAD, foi a de que fosse realizado um conjunto de pesquisas que ampliem o estoque de conhecimento disponível sobre estas comunidades, suas práticas e seus resultados, a partir do qual se possa definir parâmetros e critérios de avaliação.

Para tanto, serão realizadas duas pesquisas nos próximos doze meses. A primeira, de orientação quantitativa, consistirá de um *survey* sobre uma amostra das quase 1.900 CTs constantes no cadastro da SENAD, o qual buscará informações sobre o porte das diversas CTs, a magnitude da clientela atendida, os segmentos etários e por gênero da população acolhida, a orientação religiosa da entidade, as práticas adotadas por elas no processo de acolhimento, assim como seus quadros de funcionários e suas formas de financiamento. Em um segundo momento, serão realizadas investigações qualitativas, por meio de pesquisa de campo intensiva, sobre um número reduzido de CTs, com o propósito

11. Resolução ANVISA - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011. 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.

12. Não obstante serem reguladas pela RDC29/2011 da ANVISA, as CTs não são obrigadas a manter profissionais de saúde em seus quadros. Em função disso, o próprio adjetivo "terapêutico", que integra a denominação destas instituições, acaba precisando ser relativizado, do mesmo modo que a consideração de suas atividades como "tratamento"; e o alcance de seus objetivos, como "cura" da drogadição.

13. Certificado este que é pré-condição para sua qualificação como entidade conveniada ao Sistema Único de Assistência Social –SUAS.

14. Com efeito, a não ser pela resolução da Anvisa, acima mencionada, as condições da oferta de acolhimento e os procedimentos mobilizados pelas CTs não foram ainda plenamente regulamentados. Esta regulamentação está em curso, sob a liderança do CONAD, e sua conclusão está prevista para o fim deste ano de 2014.

de se conhecer o perfil dos seus acolhidos e operadores, suas expectativas com relação aos efeitos do acolhimento, assim como a vida cotidiana no interior das destas. Espera-se que, a partir daí, obtenha-se uma tipologia da variedade de Comunidades Terapêuticas, com suas histórias de sucesso e seus eventuais problemas, que permitam a definição de critérios acurados para posterior avaliação das CTs contratadas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa proposta soma-se a pouquíssimas outras iniciativas semelhantes, além de penetrar em um campo de políticas públicas marcado por representações eivadas por preconceito e desinformação, que raramente são submetidos à uma reflexão sistemática, com base nas diversas disciplinas do conhecimento. Sendo assim, estima-se que os desafios para sua boa realização sejam diversos e expressivos.

REFERÊNCIAS

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública**, v. 6, n. 1. Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/revista/>. Acesso em: 10 set. 2014.

GOMES, R. M. Comunidade terapêutica e (re)educação. **Segurança Urbana e Juventude**, Araraquara, v. 3, n. 2, 2010.

JONES, M. **The therapeutic community:** a new treatment method in psychiatry. New York: New York Basic Books Inc., 1953.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Organização de serviços de tratamento para a dependência química. *In:* FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Roca, 2004.