Nota Técnica

PERFIL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS

Nº 21

Diest
Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Março de 2017

ipea

Nota Técnica

PERFIL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS

Nº 21

Diest
Diretoria de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia

ipea

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
Ministro interino Dyogo Henrique de Oliveira

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional, Substituto
Carlos Roberto Paiva da Silva

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Alexandre Xavier Ywata de Carvalho

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura
João Alberto De Negri

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Sérgio Augusto de Abreu e Lima Florêncio Sobrinho

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
Regina Alvarez

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

Nota Técnica

PERFIL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS

Nº 21

Diest
Diretoria de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia

Março de 2017

ipea

EQUIPE TÉCNICA

Coordenação geral e do survey
Maria Paula Gomes dos Santos – doutora em ciência política, técnica de planejamento e pesquisa do Ipea

Coordenação da pesquisa qualitativa
Ronaldo Rômulo Machado de Almeida – doutor em antropologia social, Unicamp
Taniele Rui – doutora em antropologia social, Unicamp

Assistentes de pesquisa
Daniel Marcelino da Silva – mestre em ciências sociais, bolsista PNPD/Ipea
Mariana Vieira Martins Matos – mestra em estatística, bolsista PNPD/Ipea
Luciana Barbosa Musse – doutora em direito, bolsista PNPD/Ipea

Pesquisadores de campo
Andréa Aguiar – doutoranda em antropologia social, UFAM
Jardel Fischer Loeck – doutor em antropologia social, UFRGS
Letícia Canônico Souza – mestre em sociologia, UFSCAR
Matheus Caracho Nunes – mestre em sociologia, UFSCAR

Auxiliares de pesquisa
Luiz Philipe Belarmino Reis – estudante de serviço social, bolsista PNPD/Ipea
Maiara Zaupa Totti – estudante de ciência política, bolsista PNPD/Ipea
Marcello Lira Doudement – estudante de ciência política, bolsista PNPD/Ipea
Nayara Lemos Villar – assistente social , bolsista PNPD/Ipea
Vinnie Nasser Mesquita da Conceição – cientista político, bolsista PNPD/Ipea

Apoio e consultoria
Alexandre dos Santos Cunha – doutor em direito, técnica de planejamento e pesquisa do Ipea
Joana Luiza Oliveira Alencar – cientista política, técnica de planejamento e pesquisa do Ipea
Olívia Pessoa – mestre em sociologia, bolsista PNPD/Ipea

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.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 7

2 PARÂMETROS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS 8

2.1 O QUE SÃO COMUNIDADES TERAPÊUTICAS? 8

2.2 CONTEXTO DA PESQUISA 9

2.3 METODOLOGIAS DA PESQUISA 11

3 RESULTADOS 12

3.1 DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL, LONGEVIDADE E ASPECTOS FÍSICOS DAS CTS 12

3.2 OFERTA DE VAGAS SEGUNDO O PERFIL DOS ACOLHIDOS 17

3.3 A QUESTÃO RELIGIOSA 20

3.4 MÉTODOS E PRÁTICAS TERAPÊUTICOS 21

3.5 DISCIPLINA 23

3.6 ISOLAMENTO E RELAÇÕES COM O MUNDO EXTERNO 25

3.7 RECURSOS MOBILIZADOS 27

3.8 PERFIL DOS DIRIGENTES 31

3.9 PARTICIPAÇÃO NA ESFERA PÚBLICA 33

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 35

REFERÊNCIAS 36

APÊNDICE 39

ANEXO 44

1 INTRODUÇÃO

Desde 2011, por força das determinações do plano Crack: É Possível Vencer,[1] o governo federal, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), financia vagas em comunidades terapêuticas (CTs), para pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs). Em 2014, a Senad solicitou ao Ipea a realização de uma pesquisa sobre estas entidades, tendo em vista reunir informações que permitissem o aperfeiçoamento dos processos de monitoramento e avaliação deste financiamento. Esta nota técnica apresenta os principais achados da pesquisa encomendada pela Senad, notadamente aqueles relativos ao modelo de cuidado proposto e implementado pelas CTs.

O esforço de investigação buscou reunir um conjunto de dados quantitativos e qualitativos sobre as práticas das CTs, assim como suas condições físicas e materiais de acolhimento; seus trabalhadores e dirigentes; e, em pequena medida, seus acolhidos. Esta nota técnica não aborda, contudo, o conjunto de aspectos revelados pela pesquisa, além de não esgotar as questões relevantes acerca deste universo, nem da política de financiamento federal às CTs.[2]

A pesquisa foi realizada por meio de duas frentes. A primeira, de natureza quantitativa, consiste de um *survey* junto a uma amostra de quinhentas unidades, extraída de um cadastro com quase 2 mil CTs, que fora elaborado em 2009, 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), a pedido da Senad. Embora não se pudesse assegurar que este cadastro continha a totalidade das CTs operantes no Brasil, nos anos em que a investigação se realizou (2014, 2015 e 2016), considerou-se, para efeito deste estudo, que este era, então, representativo do universo destas entidades no país.

A segunda frente da pesquisa constituiu-se de uma investigação qualitativa, realizada por meio de metodologia etnográfica, com base em trabalho de campo intensivo, em dez comunidades terapêuticas de diferentes regiões do país. O propósito desta frente era produzir conhecimento em profundidade acerca de práticas, rotinas e cotidiano das CTs, bem como sobre as relações que estabelecem com seus acolhidos e com outras instituições de cuidado, notadamente o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Embora realizada no mesmo período em que o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) elaborava sua Resolução nº 1, que viria a regulamentar o financiamento federal das CTs em todo o território nacional,[3] a pesquisa não teve caráter avaliativo acerca do cumprimento desta norma, ou de quaisquer outras, estabelecidos pelas autoridades públicas para o funcionamento destas instituições.[4] Seu único propósito foi conhecer extensivamente o universo destas entidades, de modo a contribuir para a melhoria das políticas públicas a elas associadas.

Apresentando os resultados das frentes quantitativa e qualitativa da pesquisa, este texto está organizado de tal forma que a seção 2, de caráter introdutório, é dedicada a apresentar os parâmetros conceituais e metodológicos que nortearam a pesquisa. Aqui, busca-se descrever o modelo de atenção a pessoas que fazem uso problemático de SPAs das comunidades terapêuticas, bem como o contexto político-institucional em que esta pesquisa sobre CTs ganhou relevância. Ainda na segunda seção, apresenta-se os métodos aplicados na investigação. A seção 3 traz os principais achados da pesquisa, tanto de sua vertente quantitativa quanto qualitativa. A quarta e última seção indica algumas conclusões preliminares, calcadas nos dados analisados.

1. Decreto nº 7.179/2010 "Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências" (Brasil, 2010). Decreto nº 7.637/2011 "Altera o Decreto nº 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas" (Brasil, 2011a).

2. Esta nota não exaure todas as possibilidades de análise dos dados coletados, apresentando apenas, como mencionado, os principais resultados. Tendo em vista que o *survey* resultou em quatrocentas variáveis, a análise de todas elas demanda um trabalho mais alentado que, outrossim, está em curso.

3. Resolução Conad/MJ nº 1/2015.

4. Como a Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011, da Diretoria Colegiada da Anvisa, 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" (Brasil, 2011b).

2 PARÂMETROS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS

2.1 O que são comunidades terapêuticas?

As CTs representam um entre vários modelos de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ou drogas), presentes no Brasil e em outros países. 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.

O modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares – a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade –, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (*laborterapia*), consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda. Dele espera-se o benefício da aquisição de autodisciplina e autocontrole, disposições entendidas como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de SPAs, mas necessárias para o seu sucesso na vida social. As práticas espirituais, por sua vez – levadas a efeito com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas –, 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.

Na maior parte das CTs pesquisadas, o trabalho espiritual ancora-se em doutrinas religiosas, especialmente as de tradição cristã; mas pode prescindir delas. Como será visto adiante, mesmo as CTs que se declaram desvinculadas de igrejas ou organizações religiosas atribuem centralidade ao cultivo da espiritualidade, como via de superação da chamada drogadição.

Outro elemento essencial ao modelo das CTs é a convivência entre pares, isto é, a convivência entre os diversos residentes, orientada pelas rotinas e práticas terapêuticas determinadas pela instituição. Acredita-se que o compartilhamento das experiências individuais, e dos sofrimentos delas decorrentes, constituam uma plataforma comum de aprendizado e reorientação individual, em direção a uma vida sem drogas; e que o sucesso de uns estimule os demais. A exemplaridade exercida por aqueles que, submetidos ao programa terapêutico, tenham alcançado a abstinência, é parte essencial do modelo, funcionando como evidência de sua viabilidade e confiabilidade. Para tanto, as CTs hierarquizam os residentes segundo graduações, que são obtidas conforme se dê o alcance, por eles, das metas de reabilitação propostas pela instituição; e assim, ex-residentes, bem como residentes mais antigos, que tenham cumprido algumas das metas terapêuticas, credenciam-se como monitores e coordenadores dos novos ingressantes, com funções de suporte e vigilância sobre estes.

O pano de fundo deste modelo constitui-se por representações específicas sobre a chamada *adicção,* e sobre a *pessoa* dos *adictos*. Do que se pode depreender da bibliografia, assim como da fala de dirigentes e profissionais das CTs, as pessoas que fazem uso problemático de drogas teriam características cognitivas e comportamentais inadequadas ao "bem viver", tais como "carências de percepção" e de "compreensão da realidade", assim como "deficiências de julgamento", "pouca autoestima", "intolerância aos incômodos", "irresponsabilidade perante si e os outros", entre outros atributos (De Leon, 2014).[5]

Vale notar que tais juízos se enquadram nos paradigmas tradicionais de entendimento da problemática do uso de drogas, a saber, o paradigma moral e o paradigma médico-psicológico. Pelo paradigma moral, a adicção a drogas está relacionada a comportamentos antissociais, de indivíduos desajustados e moralmente fracos. Pelo lado médico, a adicção ganhou o estatuto de doença – herdada ou contraída pelo uso excessivo de substâncias –, designada como dependência química. Identificada como transtorno mental, tal doença vem sendo tratada segundo protocolos análogos aos aplicados às pessoas diagnosticadas com este transtorno (psicóticos e neuróticos graves), entre os quais figuram a aplicação de psicofármacos e a reclusão em clínicas e hospitais.[6]

5. Esta é a principal obra, em português, voltada à difusão do modelo de cuidado das CTs. O autor é psiquiatra americano, com vasta experiência na chamada clínica das *adicções*. As edições brasileiras deste livro, e sua divulgação, têm sido apoiadas pela Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

6. Não consta dos objetivos deste trabalho discutir o conceito de adicção a drogas, nem travar o debate entre os paradigmas que orientam as diversas abordagens terapêuticas neste campo. Não obstante, vale registrar que este é um debate inconcluso, posto que nenhum modelo de compreensão do fenômeno foi capaz de produzir uma terapêutica de alta resolutividade. Segundo Alarcon (2008), as taxas médias internacionais de reabilitação de adictos, por quaisquer abordagens terapêuticas, não ultrapassam a 30%.

Percebendo os indivíduos adictos como, a um só tempo, doentes e moralmente fracos, os programas terapêuticos das CTs pretendem tanto tratar dos sintomas decorrentes do uso problemático de SPAs, como também operar uma reforma moral dos sujeitos, que os conduza a uma reinvenção de si. Para tanto, um dos principais instrumentos mobilizados nestes programas é o isolamento físico e social destes sujeitos, marcado pela internação longa e, durante a sua vigência, pela circunscrição de telefonemas e visitas, bem como pela interdição sexual. Estas medidas buscariam estabelecer uma ruptura espacial e temporal para os sujeitos internados, criando as bases para a efetivação da rotina interna às CTs. Pode-se dizer, assim, que o modelo das CTs consiste em um dispositivo estruturado sobre a tríade trabalho-disciplina-espiritualidade, onde sujeitos isolados e em vivência comunitária são submetidos a rotinas e atividades, sob a orientação de um "grupo de pares" e de equipes multiprofissionais, por um tempo determinado. Estes elementos, combinados, traduziriam o esforço de transformação de condutas e de promoção de "novos sujeitos", preconizado pelo modelo das CTs.

A origem deste tipo de instituição é controversa: alguns autores a remetem a meados do século XIX, especificamente à criação da organização religiosa Oxford, na Inglaterra, que promovia reuniões regulares para o estudo da Bíblia, buscando o "renascimento espiritual da humanidade" (OBID, 2010). Segundo a mesma fonte, tal organização teria se desdobrado nos grupos de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA) – e, posteriormente, nos Narcóticos Anônimos (NA) –, iniciado nos Estados Unidos da América, a partir de 1935 (OBID, 2010).

Outros autores apontam que o termo comunidade terapêutica teria sido consagrado por Maxwell Jones, psiquiatra inglês que estabeleceu, nos anos 1950, um modelo de atenção à saúde mental dos soldados acometidos por transtornos decorrentes de sua participação na Segunda Grande Guerra (Damas, 2013). A CT de Jones colocava-se como alternativa aos tratamentos psiquiátricos tradicionais – considerados segregadores, violentos e ineficazes –, propondo inovações, como: relações horizontais entre pacientes e profissionais do cuidado; participação ativa dos pacientes nas decisões inerentes aos processos terapêuticos; realização de atividades laborativas e educativas, como parte destes processos; e convivência e interlocução entre pares – ou seja, o conjunto de pacientes internados – como forma de propiciar apoio mútuo no enfrentamento do sofrimento individual.

Algumas destas práticas vieram, de fato, a compor o modelo adotado pelas CTs atualmente encontradas no Brasil e em outros países, tais como a realização de atividades laborativas e a convivência entre pares. Não obstante, o modelo adquiriu características próprias, combinando fundamentos religiosos a práticas originárias do campo médico-psiquiátrico, em uma obra que se propõe pia e moralizante.

2.2 Contexto da pesquisa

Antes de iniciar a descrição das metodologias usadas na pesquisa, e dos seus achados, vale trazer a esta nota técnica o contexto em que vem ocorrendo o financiamento federal de CTs, desde 2011; e o debate público que o acompanha. A decisão do governo federal de apoiar financeiramente as CTs, a partir do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Plano Crack), de 2011, visava, entre outras coisas, desonerar o acesso de usuários problemáticos de drogas a tratamentos, em um momento em que a sociedade e, especialmente, a mídia, apontavam a ocorrência, no país, de uma *epidemia de crack*. Ainda que tal epidemia não tenha sido comprovada empiricamente,[7] a edição de um plano de combate a ela, com medidas que ampliavam o investimento no cuidado a suas eventuais vítimas, foi a resposta governamental oferecida.

O financiamento de vagas em CTs, com recursos públicos, tem sido prática comum a diversos estados e municípios do país, mesmo antes do início do Plano Crack. A escassez de serviços públicos de cuidado a usuários problemáticos de SPAs é frequentemente apontada como principal justificativa para esta prática, assim como para a própria difusão e multiplicação das CTs no país: estas teriam sido, por longo tempo, se não o único, o mais acessível modelo de tratamento para adicção ofertado no país (Machado e Miranda, 2007). Segundo Machado e Miranda (2007), já nos anos 1980 e 1990, o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen) – antecessor institucional da Senad – estabelecera relações de parceria com as CTs, com vistas ao atendimento da demanda por cuidado aos usuários de SPAs. Em 2001, as CTs passaram a ser reguladas por uma Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que estabeleceu parâmetros sanitários mínimos para o funcionamento destas entidades.[8]

Contudo, o contexto político e institucional em que se deram as iniciativas de colaboração entre o governo federal e as CTs, até 2001, era muito distinto daquele em que tal colaboração foi estabelecida mediante o Plano Crack, em 2011, o que explica, em alguma medida, as controvérsias que vêm povoando a implementação deste último. Pois,

7. Sobre este assunto, ver Bastos e Bertoni (2014).

8. Resolução RDC nº 101/2001. Esta resolução, contudo, veio a ser substituída pela RDC nº 29/2011.

a partir de 2001, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceria uma série de normativas[9] que viriam a articular um novo projeto de cuidado a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, avocando para si, e para o campo da saúde pública, a prerrogativa de estabelecer as diretrizes deste cuidado em âmbito nacional.

Pautando-se nas mesmas premissas teóricas e políticas que orientaram a chamada reforma psiquiátrica[10] – notadamente, a necessidade de resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais, por meio da garantia à sua convivência social e comunitária, e da sua proteção contra maus tratos e a tutela de terceiros (Assis *et al.*, 2013) –, o Ministério da Saúde instituiria um novo modelo de cuidado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, através de Redes de Atenção Psicossocial (Raps), por municípios e localidades, no interior das quais ganhariam protagonismo os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps-AD) – equipamentos ambulatoriais voltados ao cuidado integral dos usuários de álcool e drogas, orientado pela lógica da redução de danos.[11]

Este modelo de cuidado – denominado psicossocial, por incorporar a observação de variáveis sociológicas ao diagnóstico dos transtornos psíquicos – se revelaria, no entanto, bastante discrepante dos princípios e das práticas adotados pelas comunidades terapêuticas,[12] 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 consequente segregação de seu ambiente familiar e comunitário); e o uso de símbolos e rituais religiosos/espirituais como recurso terapêutico.

Neste contexto, autoridades, profissionais e movimentos sociais, alinhados ao modelo preconizado pela reforma psiquiátrica, acabariam por se opor ao financiamento público de CTs, estabelecido pelo Plano Crack, de 2011.[13] As primeiras críticas mais sistematizadas encontraram registro no relatório elaborado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, que, em 2011, realizou inspeção em 68 CTs (às quais se referem como unidades de privação de liberdade), em 25 Unidades da Federação (UFs), inaugurando o acirramento público de um embate crescente a cada ano. As exigências relativas à abstinência, ao isolamento social, à espiritualidade e à laborterapia são interpretadas, por estes segmentos, como violações de direitos. Ademais, aciona-se a premissa constitucional do estado laico na tentativa de impedir o financiamento das CTs pelo governo federal.[14]

Esta controvérsia, para além de ter tornado extremamente conflitivo o processo de regulamentação das CTs, buscado pelo Conad, em 2015,[15] introduziu um conjunto de questões muito relevantes no debate público, que não se referem apenas ao cuidado dos usuários de SPAs, mas também às premissas constitucionais dos direitos humanos, da cidadania e da laicidade do Estado brasileiro. E tornaram ainda mais essencial a realização da pesquisa que aqui se apresenta.

Portanto, esta nota técnica vem sistematizar um conjunto de dados e informações captados na pesquisa, com destaque para aqueles que favorecem uma análise da própria controvérsia em torno das CTs. Além de informações sobre distribuição espacial destas instituições, tamanho, oferta de vagas, buscou-se revelar os métodos e as práticas terapêuticas adotadas; os trabalhadores empregados no cuidado aos acolhidos; as normas disciplinares estabelecidas pelas instituições, assim como as sanções aplicadas, quando do descumprimento destas normas. Este estudo discute

9. Em 2002, o Gabinete do Ministro da Saúde edita a Portaria nº 816, que instituiria o Programa Nacional de Ação Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Em 2003, lança o documento *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (Brasil, 2003), que institui o modelo de atenção psicossocial para esta clientela. Ao longo das primeiras décadas dos anos 2000, outras portarias do Gabinete do Ministro da Saúde seriam editadas, com diretrizes específicas à organização e ao financiamento dos serviços de atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a saber, as portarias GM/MS nº 2.197/2004; no 245/2005; nº 3.088/2011; nº 3.089/2011; nº 130/2012; nº 148/2012; nº 615/2013.

10. Estabelecida pela 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 (Brasil, 2001).

11. Redução de danos: "Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, a redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas, intervindo com pessoas que seguem usando drogas. São práticas em saúde que consideram a singularidade dos sujeitos, que valorizam sua autonomia e que constroem com o usuário projetos de vida que priorizem sua qualidade de vida. Manter as pessoas que usam drogas vivas e protegidas de danos irreparáveis são consideradas prioridades" (Nute, 2013).

12. Bem como por diversas clínicas particulares voltadas ao tratamento da dependência química. Ver: Vaissman, Ramôa e Serra (2008).

13. Em que pese o fato de estas mesmas entidades terem sido incluídas no desenho da Rede de Atenção Psicossocial, proposta pelo próprio SUS, como um dos equipamentos elegíveis ao tratamento e atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso de SPAs, e, portanto, aptas ao financiamento por este sistema, ver Brasil (2003). Não obstante, nenhuma CT foi jamais financiada diretamente pelo SUS, com base em editais lançados para este fim, pela administração federal. No entanto, o aporte de recursos públicos a elas é comum, por parte das autoridades de saúde de governos estaduais e municipais em todo país.

14. Para mais detalhes, ver CFP (2011).

15. Iniciado em 2014, concluído em 2015, e estabelecido na Resolução do Conad nº 1/2015 (Brasil, 2015). Entretanto, durante a redação desta nota técnica, em 4 de agosto de 2016, a 2ª Vara Federal de São Paulo suspendeu, por medida liminar, esta resolução, decidindo que as comunidades terapêuticas não podem ser regulamentadas pelo Ministério da Justiça, órgão que abriga o Conad. Isto porque os assuntos relacionados ao uso de drogas são de saúde, e uma portaria da Anvisa já trata das instituições de tratamento de dependentes e usuários que buscam tratamento. Este seria mais um episódio do conflito instalado entre setores alinhados à reforma psiquiátrica e as comunidades terapêuticas, cujo desfecho ainda está para ser decidido, seja no âmbito do Poder Judiciário, seja no do Executivo ou do Legislativo. Ver Brasil (2016).

ainda o tripé disciplina-trabalho-espiritualidade, em que se baseia o modelo das CTs, em seus usos e apropriações gerais e particulares, além de oferecer um breve panorama dos dirigentes destas instituições e das formas pelas quais elas obtêm recursos para se financiarem.

2.3 Metodologias da pesquisa

Conforme já indicado, a pesquisa sobre o *perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* foi desenvolvida por duas frentes de investigação: uma quantitativa, por meio de um *survey* junto a quinhentas CTs; e outra qualitativa, por meio de estudos etnográficos em dez unidades. O *survey* gerou informações representativas do universo destas entidades, enquanto o trabalho de campo etnográfico permitiu análises e interpretações sobre o cotidiano das CTs, suas rotinas e seus internos.

O *survey* partiu de um cadastro com quase 2 mil CTs, de todo o Brasil. Tal cadastro trazia informações suficientes para, de um lado, extrair-se uma amostra ponderada de CTs; de outro, viabilizar o acesso às entidades amostradas.

Na frente qualitativa, um(a) etnógrafo(a) observou e participou das rotinas de cada uma das dez CTs pesquisadas, durante quinze dias, inclusive dormindo e fazendo suas refeições na instituição. Embora, para as pretensões de uma densa pesquisa etnográfica, duas semanas sejam um tempo relativamente curto, este trabalho buscou suprir tal limitação selecionando pesquisadores de campo com alta qualificação em antropologia social (mestrado e doutorado), e com experiência pregressa no tema do projeto.[16] Por outro lado, a quantidade de casos favoreceu maior controle de transversalidades e especificidades das diferentes CTs.

2.3.1 Metodologia do *survey*

A aplicação do *survey* demandou as seguintes tarefas:

- elaboração e teste de questionário;
- desenvolvimento de ferramenta informatizada para aplicação do questionário (em plataforma *on-line*);
- definição de amostra representativa, com base no cadastro de CTs;
- atualização das informações contidas no cadastro, por telefone e *e-mail*; e
- acompanhamento dos respondentes por telefone e *e-mail*.

Os questionários foram aplicados por meio da internet, enviando-se às CTs um formulário eletrônico, preparado e disponibilizado em plataforma *on-line*. Para acessá-los, os respondentes vinculados a cada CT receberam um *link* pelo *e-mail*. O formulário poderia ser preenchido na própria plataforma, o que permitiria que as respostas ingressassem imediatamente em uma base de dados e, a partir daí, fossem tabuladas e analisadas. Às CTs que não possuíam *e-mail*, nem acesso à internet, foram enviados questionários em papel, pelo correio, junto com envelopes selados e endereçados ao Ipea, para onde deveriam ser devolvidos após o preenchimento. Por fim, houve casos que, diante da demora no envio das respostas, ou de dificuldades do respondente no manuseio da ferramenta informatizada, a equipe de pesquisa colheu as respostas por telefone. Tendo em vista reduzir ao máximo o número de não respostas aos questionários, a equipe técnica da pesquisa realizou intensivo acompanhamento, por telefone e *e-mail*, das entidades amostradas, esclarecendo dúvidas sobre o preenchimento e estimulando sua participação na pesquisa. Cada CT incluída na amostra está associada a um peso amostral básico, e eventuais correções devido a problemas de não resposta das unidades selecionadas. A utilização de pesos amostrais permitiu expandir os dados coletados no *survey* para toda população de CTs, estimada em 1.950 entidades. O desenho amostral e o cálculo da amostra constam do apêndice desta nota.

2.3.2 Metodologia qualitativa

A aplicação de métodos qualitativos foi proposta com o objetivo de possibilitar o conhecimento, em maior profundidade, do cotidiano destas instituições, suas práticas de cuidado, suas rotinas, assim como o perfil dos seus acolhidos e operadores, suas expectativas quanto aos efeitos do acolhimento, e as relações que estabelecem com outras instituições de cuidado e atenção a usuários problemáticos de substâncias psicoativas (equipamentos de saúde e de assistência social, por exemplo).

Neste estudo, a observação etnográfica seguiu as principais perguntas do questionário usado no segmento quantitativo da pesquisa (o *survey*), buscando-se, assim, qualificar as respostas oferecidas naquele instrumento. Desta forma, observou-se, *in loco*, a estrutura física de algumas CTs, o uso do tempo, as atividades propostas pelas equipes, os modos como os acolhidos significam a experiência passada nessas instituições, assim como os modos pelos quais os dirigentes e colaboradores das CTs atribuem sentido a tal empreendimento e ao seu papel nele.

16. Ver Rui (2012), Loeck (2014), Aguiar (2014), Souza (2015) e Nunes (2016).

Para a seleção das dez CTs, partiu-se do mesmo cadastro que subsidiou a extração da amostra do *survey*. Para se chegar às CTs que seriam estudadas, buscou-se identificar, por meio de contatos telefônicos, a diversidade de alguns dos atributos das CTs, tais como região/localização, ano de fundação, tamanho e infraestrutura, sexo dos acolhidos, religião, métodos terapêuticos e financiamento pelo governo federal. Assim, foram investigadas: duas CTs na região Norte, duas no Centro-Oeste, duas no Sul, uma no Nordeste e três no Sudeste. A variação por ano de fundação visou compreender, por um lado, as CTs mais longevas e, de outro, aquelas que emergiram no momento de maior a expansão destas entidades (cujo início se dá na década de 1990 e tem seu ápice em 2011, com o início do financiamento federal).

O foco no tamanho das CTs visou, a princípio, o número de vagas dos acolhidos. Mas as etnografias observaram também as condições materiais das CTs e sua capacidade de acolhimento. Como muitas CTs são de origem religiosa, procurou-se ainda obter exemplares de confissões diversas. Assim, além das CTs católicas e evangélicas, foram investigadas CTs com perfil espírita-kardecista; e uma doutrinariamente vinculada à fé e aos rituais em torno da bebida ayahuasca

Apresentadas a metodologia e os critérios de eleição das CTs, a sequência desta nota técnica contém uma interpretação de alguns dos dados coletados, abordando as características gerais dessas CTs, suas práticas e pressupostos. Ademais, indicam-se aqui questões analíticas e temas sensíveis ao debate público, que nortearão a continuidade da reflexão mais aprofundada sobre este material.

3 RESULTADOS

3.1 Distribuição espacial, longevidade e aspectos físicos das CTs

3.1.1 Distribuição espacial

Com base no cadastro de 2 mil CTs, organizado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da UFRGS, observa-se que há CTs instaladas em todo o país; mas que estão concentradas principalmente nos estados das regiões Sul e Sudeste. No Sudeste elas estão concentradas em São Paulo (420) e Minas Gerais (com 275), enquanto, para o Rio de Janeiro, aparecem apenas 75 unidades. Na região Sul, o estado com a maior população de CTs é o Rio Grande do Sul (com 234), seguido do Paraná (156) e de Santa Catarina (120).

TABELA 1
Distribuição das CTs por regiões geográficas e estados da Federação

REGIÃO / ESTADO	N	%
Norte	139	7,37
Rondônia	16	0,76
Acre	26	1,41
Amazonas	18	0,98
Roraima	7	0,38
Pará	46	2,49
Amapá	7	0,38
Tocantins	19	0,98
Nordeste	330	17,06
Maranhão	23	1,14
Piauí	14	0,76
Ceará	82	4,12
Rio Grande do Norte	27	1,46
Paraíba	24	1,3
Pernambuco	41	2,06
Alagoas	44	2,33
Sergipe	15	0,7
Bahia	60	3,2

(Continua)

(Continuação)

REGIÃO / ESTADO	N	%
Sudeste	812	41,77
Minas Gerais	275	13,33
Espírito Santo	42	2,22
Rio de Janeiro	75	3,95
São Paulo	420	22,26
Sul	510	25,57
Paraná	156	7,58
Santa Catarina	120	6,01
Rio Grande do Sul	234	11,97
Centro-Oeste	172	8,23
Mato Grosso do Sul	22	0,92
Mato Grosso	58	2,98
Goiás	51	2,17
Distrito Federal	41	2,17
BRASIL	1.963	100

Fontes: Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas; Hospital das Clínicas de Porto Alegre; Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia/UFRGS e Cadastro das Comunidades Terapêuticas.

Analisando os dados do *survey*, verifica-se que 74,3% da população de CTs encontra-se instalada em áreas rurais. Contudo, 56% desta população localiza-se em cidades que se caracterizam como capitais ou metrópoles, isto é, cidades de grande porte. Como se vê na tabela 2, 40% das CTs estão em zonas rurais das capitais ou metrópoles.

TABELA 2
Distribuição das CTs rurais e urbanas, segundo macrorregião geográfica e categoria de Regic[1]
(Em %)

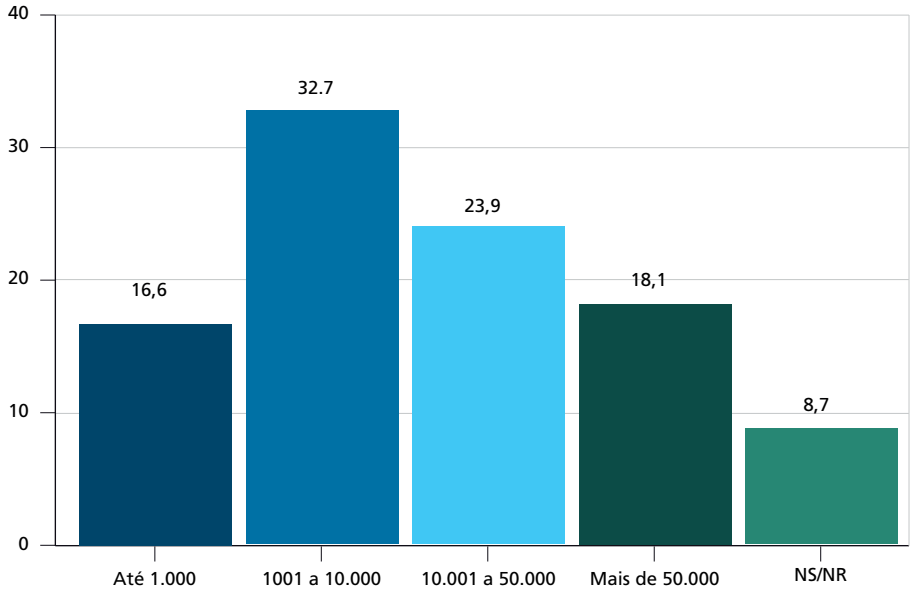
MACRORREGIÃO	METRÓPOLE/CAPITAL		CENTRO SUBREGIONAL		CENTRO LOCAL/ZONA		% CTS
	% URB	% RUR	% URB	% RUR	% URB	% RUR	
NO	1,3	2,6	0,2	0,8	0,5	1,3	6,67
NE	3,5	7,0	0,5	1,0	1,5	3,1	16,51
CO	2,0	3,9	0,4	0,3	0,6	11,0	8,82
SE	6,8	15,5	0,5	4,5	3,0	7,8	41,64
SU	2,5	10,9	1,0	2,8	1,5	1,7	26,36
TOTAL (%)	16,1	40,0	2,6	9,4	7,1	24,9	100
TOTAL / REGIC	56,1		12,0		31,9		100

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).
Nota: [1] Regiões de Influência das Cidades (Regic): classificação dos centros urbanos, produzida pelo Intituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo a área de influência das cidades. As CTs foram aqui estratificadas, segundo a categoria de Regic dos municípios em que elas se localizam: metrópole/capital; centro subregional; e centro local/zona. O objetivo desta estratificação foi possibilitar a observação de eventuais diferenças entre CTs em função do porte e da centralidade econômica e política dos municípios em que estão situadas. Para mais detalhes sobre esta estratificação, ver o apêndice deste texto.

3.1.2 Tamanho: área total e área construída

Conforme ilustrado no gráfico 1, 56% das CTs encontra-se em terrenos que vão de 1.001 a 50.000 m², sobressaindo, entre estas, o grupo das que têm entre 1.001 e 10.000 m² (32,7%).

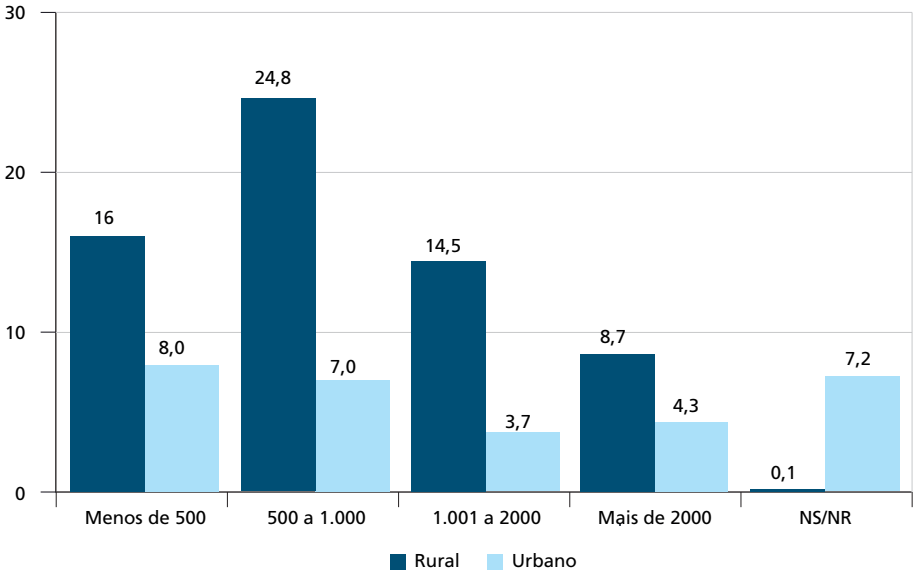
GRÁFICO 1
Distribuição das CTs por metragem quadrada de área total
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).
Obs.: não sabe/não respondeu (NS/NR).

Analisando-se a distribuição percentual das vagas por tamanho da área construída, observa-se que 50,6% das vagas encontra-se em CTs cujas edificações possuem entre 501 a 2.000 m², sendo que a maior parte deste conjunto (32% do total) é de edificações de 501 a 1.000m². Observe-se ainda que o percentual de vagas em CTs com menos de 500 m² é significativo, perfazendo quase um quarto do total.

GRÁFICO 2
Distribuição das vagas por metragem quadrada de área construída
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

3.1.3 Capacidade de acolhimento

Classificando-se as CTs segundo a quantidade de vagas que ofertam individualmente, foram encontrados três grupos: o primeiro, das CTs que oferecem até trinta vagas, que pode ser considerado de pequenas CTs; o segundo, das que ofertam entre 31 e setenta vagas, este é o de CTs de porte médio; e o terceiro, de grandes CTs, que ofertam entre 71 e trezentas vagas. Não foram encontrados estabelecimentos que oferecem mais de trezentas vagas. A tabela 3 mostra que 88,2% das vagas existentes no país estão em CTs com até setenta vagas, cada uma.

TABELA 3
Distribuição das vagas por macrorregião conforme o porte (número de vagas)

VAGAS/CT	CTS	% VAGAS					
		NO	NE	CO	SE	SU	BRASIL
1 a 30	954	2,2	4,5	2,7	10,2	6,9	26,5
31 a 70	775	2,0	5,7	3,5	20,4	11,7	43,3
71 a 300	221	2,1	10,1	1,7	12,6	3,7	30,1
TOTAL	1.950	6,4	20,2	7,8	43,2	22,4	100

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

3.1.4 Infraestrutura

O quadro 1 apresenta os dados sobre infraestrutura das CTs, separadas por sua localização (rural ou urbana).

QUADRO 1
Distribuição das CTs rurais e urbanas, segundo padrão construtivo e acesso à infraestrutura
(Em %)

INFRAESTRUTURA		% CTS		
		CTS RURAIS	CTS URBANAS	TOTAL CTS
Padrão construtivo	Alvenaria	96,7	95,1	96,3
	Madeira	1,8	1,2	1,7
	Outros	1,1	1,8	1,3
	NS/NR	0,4	1,8	0,7
	TOTAL	100	100	100
Abastecimento d'água	Rede geral	15,0	69,1	28,7
	Poço artesiano	58,0	18,9	48,3
	Poço ou nascente natural	23,1	9,3	19,4
	Rio, açude ou barreiro	1,6	0,0	1,2
	Outros	2,1	2,7	2,3
	NS/NR	0,2	0,0	0,1
	TOTAL	100	100	100
Esgotamento sanitário	Rede de esgoto	6,7	55,7	19,2
	Fossa séptica/ecológica	54,1	25,0	46,3
	Fossa comum	32,6	15,9	28,7
	Outros	1,0	2,5	4,4
	NS/NR	5,7	0,9	1,4
	TOTAL	100	100	100
Abastecimento de energia elétrica	Rede geral	98,2	97,3	98,0
	Gerador próprio	0,6	0,0	0,4
	Outros	0,2	2,5	0,7
	NS/NR	1,1	0,2	0,9
	TOTAL	100	100	100

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Os imóveis onde funcionam as CTs são constituídos, em 96%, por construções de alvenaria. Quarenta e oito por cento delas possui água por meio de poços artesianos, enquanto 28,7% têm acesso ao abastecimento de água por meio de redes públicas. O esgotamento sanitário é realizado por fossas ecológicas (46,3%), fossas comuns (28,7%) e redes de esgoto (19,2%). Noventa e oito por cento das CTs dispõem de energia elétrica abastecida por rede geral.

3.1.5 Dormitórios e instalações básicas

Na maior parte das CTs pesquisadas (73,2%) predominam dormitórios que acomodam entre quatro e seis pessoas; 39% ofertam quartos para até três pessoas; 26% possuem quartos individuais e 18% têm instalações privativas para casais e famílias.[17]

TABELA 4
Instalações disponíveis segundo condição de financiamento pelo governo federal (Senad)

INSTALAÇÕES	FINANCIADAS		NÃO FINANCIADAS		BRASIL	
	N	%	N	%	N	%
Instalações privativas para casais e/ou famílias	72	19,4	280	17,7	352	18,1
Quartos individuais	96	25,9	410	26,0	506	25,9
Quartos coletivos com até 3 pessoas	157	42,2	602	38,1	759	38,9
Quartos coletivos para 4 a 6 pessoas	292	78,8	1.134	71,8	1.427	73,2
Quartos coletivos para mais de 6 pessoas	146	39,5	550	34,8	696	35,7

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Entre as CTs financiadas pela Senad, os dormitórios com mais vagas (para quatro a seis pessoas) são ainda mais frequentes, estando presentes em 78,8% delas. Isto sugere que estas CTs estão maximizando a quantidade de vagas por dormitório, em decorrência das próprias regras de financiamento da Senad. Pois, tendo em vista que o financiamento federal só pode ser concedido a até 60% das vagas de cada CT, as entidades são indiretamente incentivadas a aumentar número de vagas no espaço disponível.

3.1.6 Demais instalações

Além de dormitórios e outros cômodos essenciais ao acolhimento (banheiros, cozinhas, refeitórios), a maioria das CTs possui instalações para reuniões, orações, aprendizagem, lazer, cultura e práticas desportivas. A tabela 5 apresenta a frequência com que estas instalações são encontradas no universo pesquisado.

TABELA 5
Instalações presentes no universo de CTs, segundo financiamento

INSTALAÇÕES	FINANCIADAS		NÃO FINANCIADAS		BRASIL	
	N	%	N	%	N	%
Sala de TV	345	93,0	1.508	95,5	1.853	95,0
Sala multiuso	330	89,0	1.391	88,1	1.721	88,3
Sala de convivência	324	87,2	1.352	85,6	1.675	85,9
Biblioteca	263	70,8	960	60,8	1.222	62,7
Espaço para oficina	340	91,6	1.333	84,4	1.673	85,8
Salas de aula	177	47,6	874	55,4	1.051	53,9
Sala de informática	129	34,7	429	27,2	558	28,6
Templo ou local para orações	299	80,7	1.197	75,8	1.496	76,7
Consultório para consultas de psicologia	306	82,5	1.302	82,5	1.608	82,5
Consultório para consultas médicas	170	45,8	850	53,8	1.020	52,3
Consultório odontológico	32	8,5	164	10,4	196	10,0
Campo de futebol	285	76,9	1.153	73,0	1.438	73,7
Academia de ginástica	219	58,9	955	60,5	1.173	60,2
Piscina	105	28,3	557	35,3	662	33,9
Quadra esportiva	123	33,0	510	32,3	633	32,5

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

17. A partir do que foi observado em campo, é possível que este tipo de instalação se destine, principalmente, a trabalhadores das CTs, tais como monitores e coordenadores (descritos na subseção 3.7 desta nota técnica).

Entre os espaços de lazer e cultura, 95,5% das CTs possui sala de televisão; 89% têm salas multiuso; 86% apresentam espaços de convivência; e 63%, bibliotecas.

Quanto aos espaços de aprendizagem, 86,2% das CTs afirma possuir espaço para oficinas, enquanto 54% informam possuir salas de aula. Apenas 29% dizem contar com salas de informática.

O *survey* aponta ainda que 77% das CTs dispõem de local para práticas religiosas. Entre as áreas destinadas a consultórios, 83% das CTs mencionaram possuir consultório para consultas psicológicas; 52,5% dizem possuir consultório médico; e apenas 10% referiram contar com consultório odontológico.

Entre os espaços voltados para as atividades desportivas, destacam-se os campos de futebol (73%), seguidos das academias de ginástica (60%). Piscinas (33%) e quadras esportivas (32%) são menos comuns no universo das CTs brasileiras.

3.1.7 Longevidade das CTs

Não há informações precisas sobre quando as CTs começaram a ser instaladas no Brasil. Este *survey* revelou que, entre as CTs que ainda estão em funcionamento no país,[18] uma delas já conta 50 anos. Contudo, a maior parte das CTs investigadas (79%) foi fundada a partir da década de 1990, notadamente depois de 1995. Cerca de 41% das unidades pesquisadas foi criada entre 1996 e 2005, taxa muito próxima da estimada para o período posterior (2006 a 2015), que é de 38%. Contudo, o ano de 2011 foi aquele em que foi fundado o maior número das entidades ainda existentes: 139 CTs.

TABELA 6
Distribuição das CTS por intervalos de anos em que foram fundadas
(Em %)

ANO DE FUNDAÇÃO	N	%					
		NO	NE	CO	SE	SU	BRASIL
1966 a 1985	108	0,3	0,5	0,6	3,0	1,1	5,6
1986 a 1995	300	1,1	2,6	0,9	5,5	5,2	15,4
1996 a 2005	796	1,6	5,7	2,3	20,8	10,4	40,8
2006 a 2015	746	3,6	7,7	5,0	12,3	9,6	38,2
TOTAL	1.950	6,7	16,5	8,8	41,6	26,4	100

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

3.2 Oferta de vagas segundo o perfil dos acolhidos

Conforme os dados do *survey*, haveria cerca de 83.600 (oitenta e ter mil e seiscentas) vagas para tratamento, em um total de 1.950 CTs instaladas no território brasileiro. Contudo, a distribuição de vagas não é equitativa entre os sexos. Observa-se também algumas restrições ao ingresso de pessoas com orientações sexuais diversas, assim como para pessoas com deficiências e outras necessidades específicas. Esta subseção apresenta a distribuição das vagas oferecidas no país, segundo algumas características e necessidades dos acolhidos.

3.2.1 Distribuição de vagas segundo o sexo dos acolhidos

Oitenta por cento das vagas em CTs se destinam a pessoas do sexo masculino; 15%, a pessoas de ambos os sexos; e pouco mais de 4%, a mulheres, exclusivamente. A tabela 7 apresenta esta distribuição, segundo as cinco macrorregiões geográficas do país.

18. Cabe notar que não se pode saber sobre datas de fundação daquelas CTs fundadas e extintas antes da realização deste *survey*.

TABELA 7
Distribuição de vagas em CTs por macrorregiões geográficas segundo o sexo dos acolhidos
(Em %)

MACRORREGIÃO	% VAGAS			
	TOTAL VAGAS	MASCULINO	FEMININO	AMBOS
BRASIL	83.530	67.480	3.659	12.391
NO	6,4	58,7	4,0	37,2
NE	20,2	80,8	0,8	18,4
CO	7,8	81,6	6,3	12,0
SE	43,2	83,3	5,6	11,0
SU	22,4	81,8	4,6	13,6
TOTAL (%)	100	80,79	4,38	14,83

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Na região Norte encontra-se o maior número de vagas para ambos os sexos. A maior oferta para mulheres está no Centro-Oeste. Mas a predominância de vagas para pessoas do sexo masculino é expressiva, em todas as regiões. Uma das explicações para isto refere-se a uma suposta prevalência das adicções em homens.[19] Esta hipótese carece, contudo, de comprovação por estudos sistemáticos e específicos.

Por outo lado, de acordo com Bastos e Bertoni (2014), que pesquisaram as pessoas presentes em cenas de uso de crack, em cidades brasileiras, cerca de 80% delas seriam, de fato, homens, e 20%, mulheres (Bastos e Bertoni, 2014, p. 48). Tomando-se estes percentuais como *proxy* da demanda agregada por vagas em CTs, e supondo-se que o percentual de vagas para ambos os sexos (15%) pode, a princípio, ser totalmente ocupado por mulheres, poder-se-ia considerar que a oferta de vagas, por sexo dos acolhidos, é compatível com a demanda potencial. Contudo, a pesquisa mencionada não foi desenhada para estimar esta demanda, assim como não se propôs explicar eventuais diferenciais entre mulheres e homens, no que diz respeito à propensão à adicção. Assim, ela não autoriza qualquer inferência a respeito do perfil de gênero dos usuários problemáticos de SPAs, nem sobre a demanda potencial por tratamento em CTs. Mas esta é, por certo, uma questão a ser vista em estudos posteriores.

Outra hipótese aventada seria de que as mulheres teriam dificuldade para aderir aos programas. Durante pesquisa de campo, feita em uma CT feminina, católica e comandada por freiras, a pesquisadora, ao encontrar apenas cinco mulheres internadas, em um espaço onde cabiam cerca de trinta, a pesquisadora interrogou a equipe acerca deste baixo número. Enquanto médicos e psicólogos se referiram a dificuldades genéricas para a adesão ao tratamento, a diretora da unidade apontou um dado empírico relevante.

> A diretora acrescentou que as mulheres, devido a seus afazeres domésticos, aderiam muito menos ao tratamento do que os homens. Citou que a FEBRACT havia feito um levantamento e que, das quase seiscentas vagas femininas disponibilizadas pela Senad, cerca de oitenta, apenas, eram ocupadas – e com alto índice de rotatividade; enquanto, nas CTs masculinas, havia lista de espera (Relatório etnográfico).

Ainda que a explicação oferecida por essa diretora careça de comprovação, a informação que ela traz indica que haveria um viés de gênero na demanda por tratamento em CTs.

3.2.2 Oferta de vagas para pessoas com orientações sexuais diversas

No que toca à orientação e à identidade de gênero dos acolhidos, 90,9% das CTs afirmam acolher homossexuais, 51,6% dizem acolher travestis e 43,6% se propõem a receber transexuais, ou seja, pessoas que realizaram mudança de sexo, ou transgenitalização.

Não obstante, a pesquisa qualitativa indicou que, nas CTs etnografadas, é baixa a tolerância a pessoas com orientações sexuais diversas da heterossexualidade. Conforme observado em campo.

> Um fato curioso a respeito da construção desse "outro" no ambiente da CT é quando se trata de um homossexual. Nesse caso, a equipe considera que ele pode, sim, ser um perigo para os outros acolhidos. No sentido de que pode oferecer bens, favores, e até dinheiro em troca de sexo. De acordo com o mestre Luiz, "onde entra dinheiro, entra

19. Hipótese que circula entre agentes e dirigentes das CTs, contatados durante a realização da pesquisa.

> droga também". No período em que estive na CT, dois rapazes homossexuais ali ingressaram. A solução que a instituição dá para esses casos, já que o acolhimento é incondicional, é enviar esses indivíduos para outra unidade – aquela que abriga casais e mulheres solteiras. O próprio mestre disse que nessa unidade, apesar de ter homens também, "os homossexuais não se metem a besta porque senão apanham das companheiras dos outros rapazes (Relatório etnográfico).

Este trecho evidencia a percepção do mestre (dirigente máximo da CT analisada), de que o homossexual – sobretudo o homem homossexual – não é capaz de exercer controle sobre seu desejo sexual, tendendo a valer-se de quaisquer meios (notadamente os financeiros) para conquistar parceiros sexuais, em quaisquer circunstâncias.

> Em outro relatório etnográfico, encontra-se a observação do pesquisador a seguir.
>
> É importante atentar ao modo como a identidade homossexual é observada. Quem é identificado como homossexual, e consequentemente, como desviante, acaba sendo vítima de violência – por vezes de maneira sutil, por outras, de maneira explícita. Quando um homossexual é assediado dentro do espaço da CT, é mais provável que ele é que venha a ser culpabilizado por gerar desejo no outro, devido ao seu comportamento. Isto ocorreu com um rapaz (homossexual), que, ao denunciar casos de assédio, foi acusado de fazer isto só para poder sair e usar drogas (Relatório etnográfico).

3.2.3 Oferta de vagas por faixa etária

Oitenta e oito por cento das CTs acolhem indivíduos com 18 anos ou mais de idade; 66,7% acolhem pessoas idosas. Entretanto, 24,1% das CTs informou acolher pessoas com menos de 18 anos. Entre estas, 22,4% disseram receber jovens entre 12 e 18 anos incompletos; e 1,7%, crianças com menos de 12 anos.

3.2.4 Oferta de vagas, segundo outras características e necessidades dos acolhidos

A maioria das CTs se dispõe a receber pessoas com deficiência visual (63,9%), deficiência auditiva (75,7%) e cadeirantes (63,7%). 85,7% disseram acolher pessoas que vivem com HIV/AIDS. Contudo, menos de 50% das CTs que recebem mulheres disseram acolher mães nutrizes (45,8%). 32,9% das CTs relata acolher pessoas com transtornos mentais, que tenham passado internação psiquiátrica.[20]

TABELA 8
Oferta de vagas, segundo características e necessidades dos acolhidos
(Em %)

	% VAGAS						% CTS
	NO	NE	CO	SE	SU	BRASIL	BRASIL
Pessoas com deficiência auditiva	86,5	74,2	81,4	74,0	79,8	76,7	75,7
Pessoas com deficiência visual	86,4	61,1	60,9	59,7	69,0	63,9	63,9
Pessoas cadeirantes	83,2	85,2	70,6	62,2	71,4	70,9	63,7
Pessoas vivendo com HIV/AIDS	94,4	87,1	86,4	89,7	87,9	88,8	85,7
Pessoas idosas	78,3	69,1	68,7	62,7	68,3	66,7	65,4
Pessoas com transtornos mentais, com histórico de internação psiquiátrica	39,1	27,4	32,3	42,0	30,9	35,6	32,9
Mães nutrizes[1]	80,8	67,1	17,6	34,9	35,6	46,6	45,8

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).
Nota: [1] Percentuais extraídos do conjunto de CTs que oferta vagas para mulheres.

3.2.5 Substâncias psicoativas mais utilizadas pelos acolhidos

Cabe esclarecer que os dados, aqui apresentados, sobre as substâncias de que mais fazem uso os clientes das diversas CTs refletem apenas as impressões dos respondentes do *survey* (em geral, operadores e dirigentes das CTs), e não o resultado de consulta direta aos próprios residentes das CTs. Segundo os respondentes, as substâncias psicoativas mais usadas por aqueles que estavam acolhidos no momento da pesquisa são: crack (81,6%), álcool (81,4%), cocaína (63,6%) e maconha (56,2 %). Também é elevado o percentual daquelas que mencionaram que sua clientela faz uso simultâneo de múltiplas substâncias (62,3%).

20. Vale notar que esta prática foi proscrita pela Resolução nº 1/2015 do Conad.

3.3 A questão religiosa

A tabela 9 apresenta a distribuição percentual de CTs e de vagas, segundo a orientação religiosa adotada nestes equipamentos, bem como a sua distribuição entre as macrorregiões brasileiras.[21]

TABELA 9
Comunidades terapêuticas e vagas, segundo macrorregião geográfica e orientação religiosa
(Em %)

MACRORREGIÃO	% VAGAS						
	PENTECOSTAL	MISSÃO	OUTRAS CRISTÃS	CATÓLICA	SEM ORIENTAÇÃO	OUTRA	TOTAL
VAGAS BRASIL	34.277	4.386	2.130	21.461	15.918	5.327	83.530
NO	3,5	0,1	0,1	1,6	0,0	1,0	6,4
NE	9,8	2,7	0,2	6,4	1,1	0,1	20,2
CO	4,0	0,3	0,0	1,4	1,9	0,3	7,8
SE	15,3	1,4	1,6	9,8	12,4	2,7	43,2
SU	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: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/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*, que não as mencionadas no questionário,[22] oferecem 9% das vagas brasileiras, enquanto representam 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 Centro-Oeste. Estes números indicam uma efetiva prevalência de CTs de orientação pentecostal no universo brasileiro.

Assim, conforme era esperado a partir do levantamento bibliográfico prévio, verificou-se que a grande maioria das CTs brasileiras se vincula com igrejas e organizações religiosas (82%), notadamente as de matriz cristã. Chama atenção, contudo, o significativo percentual de entidades que dizem *não possuir orientação religiosa específica, ou vinculação com qualquer igreja* (17%). Mesmo assim, muitas destas CTs mencionaram que estimulam a fé dos internos em "um ser superior" (divino) por entendê-la como essencial ao processo de transformação dos sujeitos, pretendido pelo modelo de tratamento. Isto sugere que o cultivo da espiritualidade – um dos pilares do modelo das CTs – prescinde, a princípio, de maior formalização institucional religiosa, como inclusive foi confirmado pela pesquisa de campo qualitativa.

Neste sentido, pode-se arriscar dizer que o método das CTs, antes que subordinado, por princípio, a igrejas ou organizações religiosas, encontra afinidades eletivas com estas, configurando-se num campo em que as 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" (Relatório de campo, grifos nossos).

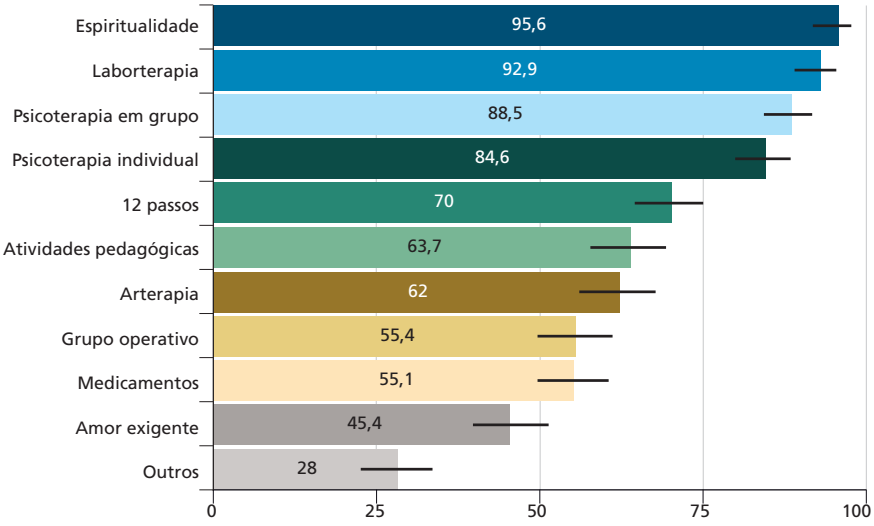
Assim, a questão espiritual no modelo das CTs, cuja plataforma mínima comum a todas parece ser o estímulo à fé em um ser superior (divino), ultrapassaria as confissões e instituições religiosas particulares, se inserindo, antes, como recurso para a transformação dos sujeitos, na medida em que contribuiria para levá-los a reconhecer e atribuir sentido à necessidade de se submeterem a leis e ordens estabelecidas fora e antes deles.

21. Para efeito deste estudo, as diversas orientações religiosas mencionadas pelos respondentes foram distinguidas conforme classificação estabelecida pelo IBGE, para o Censo 2010, ver IBGE (2010).

22. A lista das igrejas e orientações religiosas apresentadas para escolha múltipla no questionário, assim como aquelas mencionadas na categoria *Outras* encontram-se no anexo desta nota técnica.

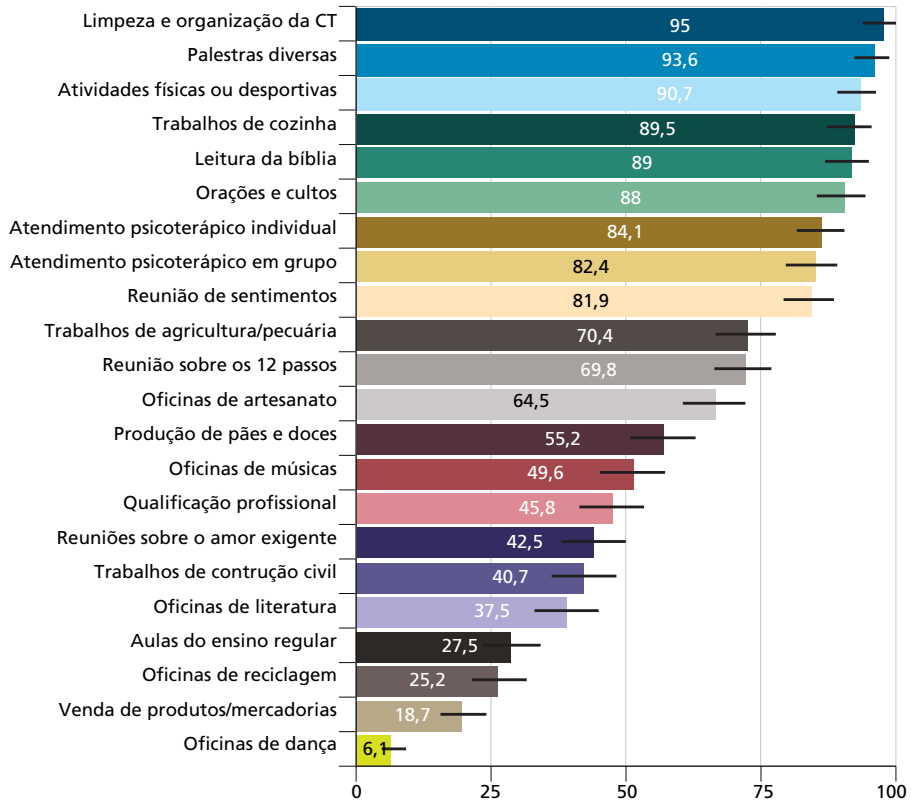
3.4 Métodos e práticas terapêuticos

GRÁFICO 3
Métodos e recursos terapêuticos – Brasil
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

GRÁFICO 4
Atividades diárias – Brasil
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Parte da literatura disponível sobre as CTs, por visar à disseminação deste modelo, resume-se a apresentar os princípios que as orientam, ou a indicar procedimentos e planos de atenção (Krüger, 2005; Fracasso, 2008; De Leon, 2014). Outros estudos, baseados em pesquisas etnográficas em CTs específicas, embora precisos na descrição empírica bem situada, não abarcam a generalidade das práticas terapêuticas encontradas (Rui, 2010; Machado, 2011; Aguiar 2014; Loeck, 2014). Por esta razão, esta 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 3.[23] Em seguida, apresenta-se o gráfico 4, que resulta de perguntas sobre as atividades cotidianas realizadas pelos internos.

Com efeito, a leitura dos gráficos 3 e 4 revela uma expressiva convergência entre os métodos terapêuticos e as atividades rotineiras nas CTs, indicando um certo grau de padronização do modelo, compatível com um processo de profissionalização destas instituições, observado também na pesquisa de campo. Este ponto será abordado em detalhes mais adiante.

O cultivo da espiritualidade e a laborterapia são comum a mais de 90% das entidades, o que confirma seu estatuto de "métodos basilares" das CTs, conforme apresentado anteriormente. Observa-se que também são muito empregadas algumas práticas de natureza técnico-científica, tais como a psicoterapia em grupo (88,5%) e a psicoterapia individual (84,5%). Destaca-se ainda a prevalência da aplicação da técnica dos 12 Passos, inclusa no Modelo Minnesota,[24] que ocorre em 70% das CTs. Esta técnica foi difundida pelos grupos de Alcoólicos Anônimos, tendo sido introduzida, com aparente sucesso, em clínicas privadas de tratamento à dependência química, já nos anos 1980.[25]

Por fim, cabe destacar o elevado percentual de CTs que admitem aplicar medicamentos aos internos: 55%. Sobre esta prática, vale trazer aqui um trecho de um dos relatórios de campo, elaborado para a pesquisa qualitativa:

> 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. Segundo meus principais interlocutores (os "alunos"), isto os deixa mais tranquilos, menos ansiosos (...) Com o passar do tempo, a tendência é se reduzir a quantidade desses medicamentos. Em psiquiatria, esta prática é conhecida como desmame. [Mas] O desmame nem sempre é bem-sucedido. No meio do tratamento, podem acontecer outras crises. (...) Para todas essas situações, receita-se novamente tais psicofármacos, ou a dose é ampliada. Quando algum aluno está apresentando um comportamento fora do habitual, os outros percebem e, em tom jocoso, falam: "vou falar para o doutor aumentar a dose do remedinho de louco" (Relatório etnográfico).

A disseminação do uso de psicofármacos também é entendida, por alguns observadores, como resultante de um processo de padronização e profissionalização destas instituições (Campos, 2012), processo este que esta pesquisa também reconhece, e que nos parece ser decorrente tanto das múltiplas e mais recentes possibilidades de acionamento de recursos públicos (nos níveis municipais, estaduais e federal), a partir da conformação às regulamentações existentes – como a RDC nº 29 (Brasil, 2011b), da Anvisa, por exemplo; quanto da emergência de um campo de disputas mais amplo que, ao denunciar suas atividades e propósitos, acaba, a contrapelo, também por pressionar essas instituições a justificar suas ações e, consequentemente, a reordenar seu funcionamento.

Ainda com respeito à laborterapia, vale notar que, apesar de ser recurso terapêutico amplamente adotado pelas CTs, esta aparece pouco articulada a projetos e ações 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, este tema foi assunto entre os internos e a pesquisadora.

> 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 tereré.[26] 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?" (Relatório etnográfico).

---

23. Dentre os métodos e recursos listados, vale esclarecer alguns deles: *12 passos:* modelo típico dos Alcoólicos Anônimos, que se propagou pelos Narcóticos Anônimos e demais grupos de ajuda mútua que cooperam no tratamento das adições. *Grupo operativo*: técnica do campo da psicologia, onde grupos centrados na tarefa (cura, se for terapêutico; aquisição de conhecimentos, se for um grupo de aprendizagem) buscam "Mobilizar um processo de mudança, que passa fundamentalmente pela diminuição dos medos básicos da perda e do ataque. Assim, fortalece o grupo, levando-o a uma adaptação ativa à realidade, rompendo estereótipos, redistribuindo papéis, elaborando lutos e vencendo a resistência a mudanças" (Ritter *et al.*, 2009). *Amor exigente*: propõe um modelo de atuação de pais e professores, destinado a prevenir e solucionar problemas com filhos ou alunos considerados problemáticos.

24. "Trata-se de um modelo multidisciplinar, que utiliza profissionais de diversas áreas bem como 'conselheiros leigos' (...). O processo, baseado no conceito de dependência química como um fenômeno biopsicosocioespiritual, é ancorado em uma dinâmica essencialmente grupal, na qual os residentes (clientes ou pacientes) compartilham entre si suas histórias e dificuldades, aprendendo a identificar suas emoções, valores e atitudes antes distorcidos pela droga (...). O essencial aqui é que, em um clima amoroso, de aceitação mútua, descobrem que não estão sozinhos, que outros já passaram por sofrimentos semelhantes e hoje estão vivendo a vida de forma integral, com todas as suas dificuldades inerentes, sem drogas". Ver: Freire (2005).

25 Conforme Vaissman, Ramôa e Serra (2008).

26. Chá resultante do mate, consumido tradicionalmente na região Sul do Brasil e também no Mato Grosso.

Não obstante, outras CTs estão mais atentas às necessidades futuras de inserção dos acolhidos na esfera do trabalho, como relatado por outro pesquisador de campo:

> Através de encontros de orientação profissional, a psicóloga capacita o aluno para elaboração de currículos e os orienta a como se portar em entrevista. Quando necessário, a assistente social realiza encaminhamentos para retirada de documentos, como CTPS e outros; e, também, para cursos profissionalizantes, disponíveis nos serviços públicos do município (Relatório etnográfico).

Cabe destacar, ainda, que as próprias CTs se apresentam como espaços potenciais de absorção da mão de obra de acolhidos e ex-acolhidos, que se tornam, ao longo do tratamento, monitores e até mesmo dirigentes das CTs que frequentaram. Tratar-se-ia, como sugerem Torres Junior e Arenari (2016), de uma estratégia que torna possível, para o interno, sua ascensão na estrutura interna de posições da entidade, possibilitando seu distanciamento crescente da condição de rebaixamento social, sob a qual ele ingressa na entidade. De acordo com estes autores, esta estratégia seria levada ao seu limite nas instituições religiosas (especialmente as pentecostais), quando ex-acolhidos chegam a posições de missionários, obreiros ou pastores (posições de prestígio e liderança nas igrejas desta confissão). A chegada a estes postos resultaria do engajamento dos internos na "rede de planejamento e inserção à vida social oferecidos pela igreja" (Torres Junior e Arenari, 2016, p. 200), que teria a virtude de oferecer aos internos a possibilidade de construir trajetórias futuras pautadas na abstinência, após a internação em CTs.

3.5 Disciplina

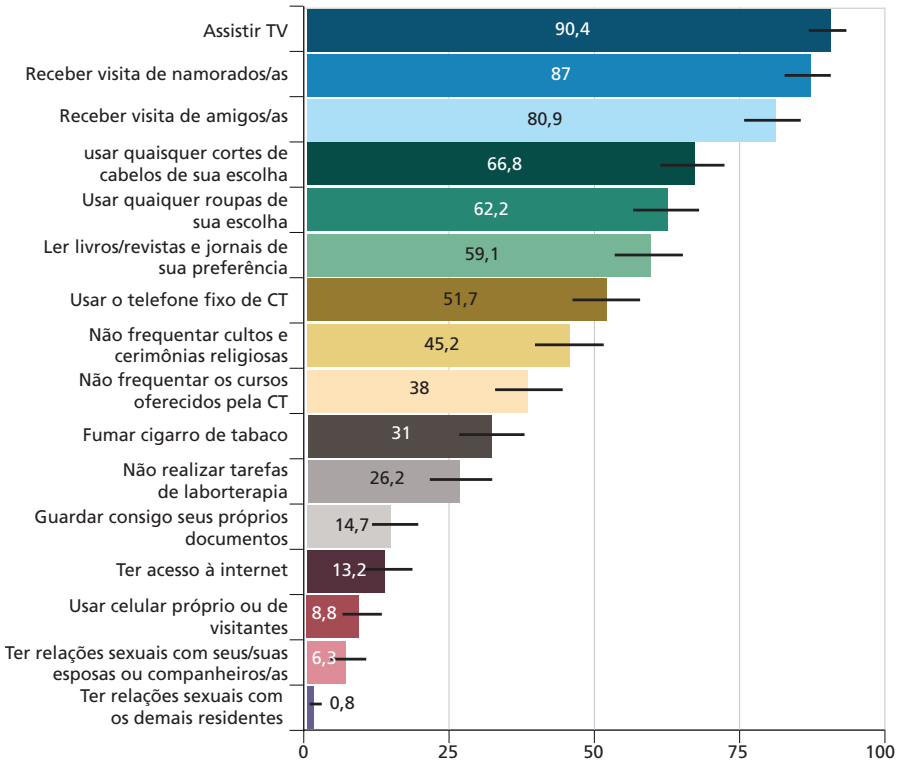
Como já mencionado, a disciplina consiste em um dos pilares do modelo das CTs, uma vez que os sujeitos ali internados são percebidos e representados como pessoas desregradas e indisciplinadas. Desta forma, rotinas com horários bem demarcados comandam o cotidiano dos internos, assim como regras de convivência, das quais, supostamente, os acolhidos tomam conhecimento quando de seu ingresso no tratamento.

A partir de perguntas abertas propostas no pré-teste do questionário, a versão final deste instrumento de pesquisa ofereceu algumas alternativas de resposta para a pergunta sobre atividades e ações permitidas aos acolhidos. O mesmo procedimento metodológico foi adotado para se conhecer eventuais sanções aplicadas pela CT, quando o acolhido não observa as regras de convivência da instituição. Esta subseção apresenta os resultados obtidos pela tabulação das respostas a ambas as questões e tece alguns comentários sobre eles.

3.5.1 O que é permitido

O gráfico 5 apresenta as frequências com que cada atividade foi mencionada como permitida pelas CTs.

GRÁFICO 5
Práticas permitidas aos acolhidos pelas CTs – Brasil
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Assistir TV parece ser a atividade mais amplamente autorizada por estas instituições. Contudo, a pesquisa qualitativa revelou que esta autorização não é incondicional, uma vez que nem sempre os acolhidos têm acesso irrestrito à toda a programação veiculada por emissoras de TV. Em algumas das instituições pesquisadas, só é permitido aos acolhidos 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, vale regatar aqui o registro do/a pesquisador/a de campo, quando, durante sua permanência na CT pesquisada, selecionou um filme em DVD para assistir junto aos internos.

> Uma noite escolhi um filme considerado inadequado para o momento. Eu não queria ver um filme sobre Moisés, então escolhi outro. O argumento do terapeuta 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 (Relatório etnográfico).

Há outros casos, contudo, em que o acesso a diferentes filmes é franqueado, como informa o trecho a seguir, retirado de outro relatório de campo: "Eles/as podem assistir televisão em horários estabelecidos. Há dias estabelecidos para assistir filmes terapêuticos, que discutem questões relacionadas ao uso abusivo de drogas, mas também tem horários livres para assistir qualquer tipo de filme" (Relatório etnográfico).

Chamam atenção algumas restrições, por exemplo, o fato de que um terço das CTs não admitirem que os acolhidos usem cortes de cabelo de sua própria escolha; e de que 38% não permitirem o uso de roupas da preferência dos residentes. Como observado em campo, em uma CT para mulheres: "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" (Relatório etnográfico).

Em outra CT, observou-se inclusive a restrição de vestimentas aos próprios visitantes: "Outra coisa que é abordada para tratar de quem pode entrar, ou não, para a visita, é o tipo de vestimenta que a pessoa estará trajada, sendo vetadas mini saias, shorts, roupas decotadas e justas" (Relatório etnográfico).

Por fim, é ainda mais surpreendente que, apenas em 14% das CTs, os acolhidos sejam autorizados a guardar consigo os próprios documentos. Essas práticas ferem direitos individuais (à privacidade, à identidade e à livre circulação), tendo sido, inclusive, proscritas pela Resolução nº 1 do Conad. 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, carteira do SUS, Nada Consta (emitido pelo Poder Judiciário), laudo psiquiátrico, hemograma completo, exame de fezes e urina e exames ginecológicos (preventivo e/ou ultrassom vaginal). Se a pessoa estiver realizando algum tratamento médico, deve deixar a receita e o medicamento a ser ministrado com a coordenação. O custo da medicação, se não houver no posto de saúde pública, deve ser pago pelos familiares.
>
> Ao deixar a pessoa na instituição, o responsável assina um "termo de adesão", em que são reiteradas as cláusulas do contrato anteriormente citado. Só que este solicita, também, dados pessoais do responsável. 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 (Relatório etnográfico).

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%) também é digno de destaque, revelando a quase unanimidade com que a sexualidade dos acolhidos é vista também como problemática e, de alguma forma, associada ao consumo de drogas.

O trecho a seguir, retirado de um dos relatórios etnográficos, descreve as normas disciplinares apresentadas aos acolhidos em uma CT.

> Quando entram no tratamento os/as residentes assinam um termo de compromisso, no qual se comprometem a seguir as regras que são estabelecidas. Em cada casa há um regulamento, mas que segue um eixo norteador muito semelhante. Um critério fundamental é a participação em todas as atividades que são ofertadas pela comunidade terapêutica. Ou seja, eles/as não podem deixar de estar presentes nas atividades, a não ser que exista algum motivo impeditivo como doença, por exemplo. É obrigatória, nesse sentido, a participação nas reuniões de espiritualidade, nas atividades de laborterapia, nas quais, como foi dito, se incluem tarefas como reformas do espaço, além das outras reuniões diversas (12 passos, grupo estático, projeto de vida etc.). É obrigatório o uso do crachá em todas as atividades da CT. A linguagem a ser utilizada, de acordo com a normativa, deve ser respeitosa, evitando gírias e palavrões, tom alto de voz. Deve-se evitar usar apelidos, já que isso lembra o período de uso – a "ativa". Não é permitido falar "da ativa" fora do contexto de reuniões. Os cigarros são

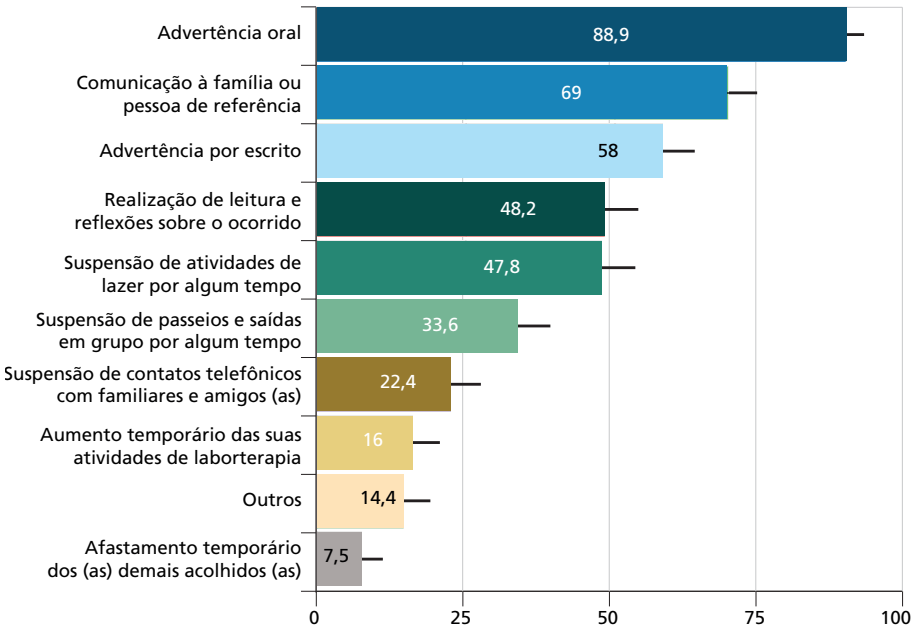
permitidos em um limite de dez por dia. Não podem ter relacionamento com nenhuma pessoa da comunidade terapêutica, seja do mesmo sexo ou do sexo oposto, e mesmo que tenha um relacionamento prévio à internação, não pode ter contato com companheiro ou companheira. A punição para o descumprimento de regras muda de acordo com a conduta que é considerada como inadequada, o que chamam de contrato negativo. A expulsão do tratamento ocorre em caso de relacionamento afetivo (sexo ou beijo entre residentes), violência e uso de droga dentro do espaço da comunidade terapêutica. Ou seja, se a pessoa fez o uso, teve uma recaída fora do local, ela pode continuar o tratamento, desde que não chegue na comunidade com os efeitos do uso. No caso de outros tipos de condutas inadequadas, os/as residentes recebem uma advertência oral. No caso de acúmulo de três advertências, ocorre o desligamento. Outro tipo de punição realizada é a suspensão do direito ao lazer, em caso de descumprimento de regras. Em outro momento, a punição para as condutas inadequadas era feita por meio de acúmulo de tempo em tarefas de laborterapia, ou realização de buracos por residentes, o que deixou de acontecer há pouco tempo, de acordo com um dos educadores (Relatório etnográfico).

3.5.2 Sanções

As sanções mais declaradas pelas CTs, como aplicáveis, foram: advertência oral (89%); comunicação à família ou pessoa de referência (69%); e advertência por escrito (58%). A grande frequência com que as CTs revelam lançar mão de comunicados à família, ou pessoa de referência, nas situações de não observância das normas de convivência, atesta a condição tutelada em que os internos são colocados nestas instituições, evidenciando que estas pessoas são percebidas e representadas, no âmbito das CTs, como incapazes de se responsabilizarem por seus próprios atos.

Embora pouco mencionadas, três sanções chamam atenção, pelo simples fato de terem recebido alguma menção: a suspensão de contatos telefônicos com familiares e amigos (praticada por 22% das CTs); o aumento temporário das atividades de laborterapia (mencionado por 16%); e o afastamento temporário dos(as) demais acolhido(as) (mencionado por 7,5% das CTs). Considerando que estas medidas não resultam em benefícios de qualquer natureza para os acolhidos, sua adoção parece indicar, antes, ações punitivas, destinadas apenas a constranger eventuais desviantes.

GRÁFICO 6
Medidas adotadas em caso de descumprimento das regras de convivência estabelecidas – Brasil
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

3.6 Isolamento e relações com o mundo externo

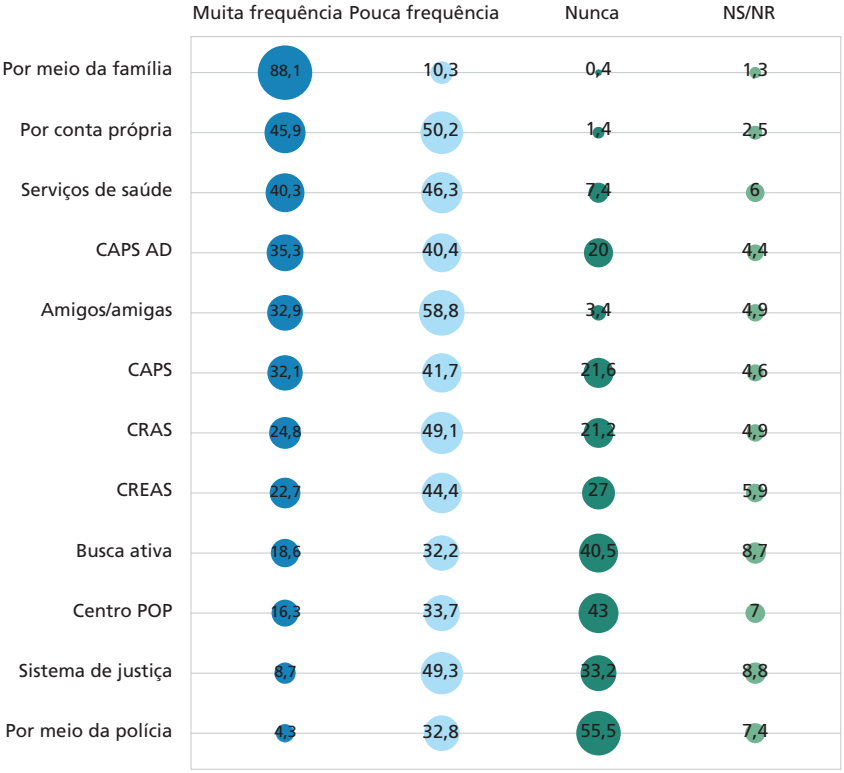
Como também já aludido, o isolamento dos usuários problemáticos de SPAs do mundo externo, ao lado da abstinência destas substâncias, constitui-se em uma das premissas do tratamento nas CTs. Conforme visto nos dados do *survey* e nas pesquisas de campo, tal isolamento se concretiza no afastamento dos sujeitos de suas relações sociais, por meio inclusive de limites impostos a telefonemas e visitas, e da interdição de relações sexuais. Estas restrições promovem uma ruptura espacial e temporal, tida como necessária para a criação da rotina interna. O pressuposto doutrinário, aqui, é o de que a reabilitação de pessoas que fazem uso problemático de SPAs requer o seu afastamento

dos lugares e das relações que lhes remetem a tal uso. Ademais, sua proposta de *tratamento entre pares*, conforme mencionado anteriormente, requer a demarcação, mesmo que simbólica, dos espaços e membros *internos* e *externos* à CT. Neste sentido, as passagens de *fora* para *dentro* destas entidades são, na maior parte das vezes, mediadas por pessoas e instituições específicas.

De acordo com os dados do *survey*, a entrada nas CTs se dá, em 88%, por meio de familiares, em especial pelas mães, irmãs ou esposas/companheiras/namoradas. Esta responsabilização envolve, muitas vezes, o pagamento do acolhimento e a tomada de decisões, no âmbito da internação, em nome do acolhido. Por exemplo, em casos de desistência, 84,7% das CTs declaram só realizar o desligamento do interno após entrarem em contato com a família ou pessoa de referência. Em casos de evasão, 81,6% das CTs dizem que só formalizam o desligamento após entrarem em contato com a família ou pessoa de referência.

Além do encaminhamento, estes familiares são, geralmente, as pessoas que, com maior frequência, responsabilizam-se pelo acolhido, junto à CT (83%). Por outro lado, 46% das CTs informaram que a busca por internação também ocorre por iniciativa própria dos sujeitos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. 40,3% das CTs relataram que recebem candidatos à internação, encaminhados por serviços de saúde; e 35,3%, por Caps-AD. Este percentual indica que, na prática, não existe uma apartação muito radical entre as instituições CT e Caps-AD, sugerindo, antes, a existência de mecanismos de referência e contra referência entre elas. Com efeito, no Distrito Federal, o encaminhamento de pessoas a vagas financiadas pelo governo distrital não prescinde do encaminhamento formal dos Caps-AD.

GRÁFICO 7
Quem encaminha?
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

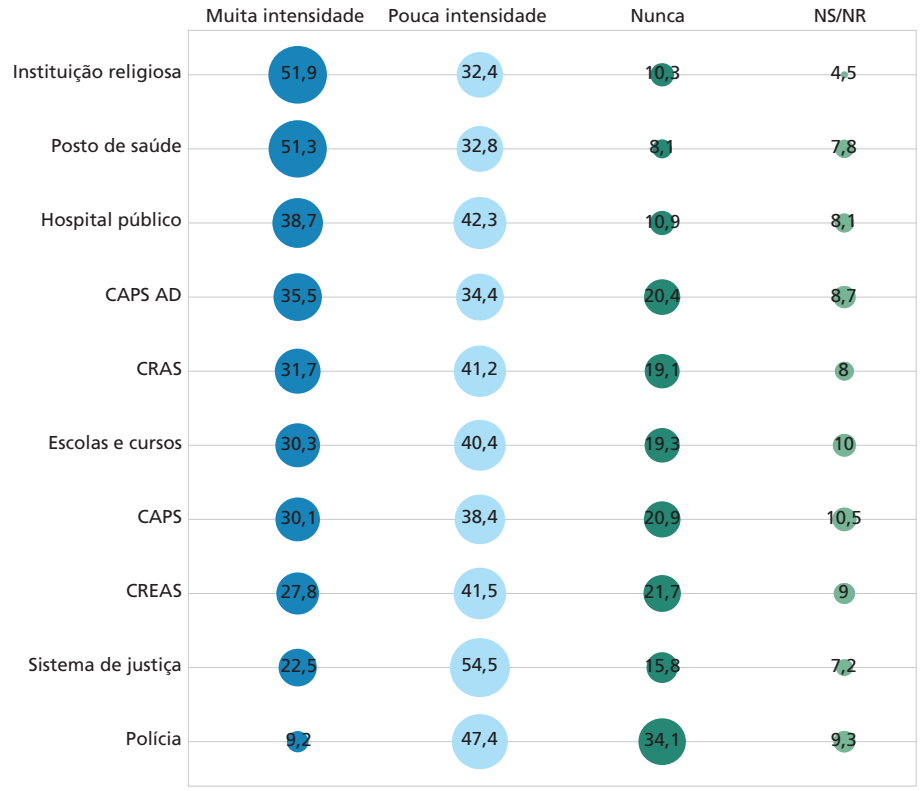
Perguntadas sobre o grau de cooperação que mantêm com diversos órgãos e serviços públicos, 50% das CTs indicaram os postos de saúde (unidade básica de atendimento); e 39% mencionaram os hospitais públicos. A colaboração com Caps (tanto o AD como o geral) e equipamentos da assistência social pública – Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) –, contudo, foi mencionada por apenas 30% das CTs. Ademais, a cooperação com estes serviços é mencionada como de pouca intensidade (ver gráfico 8).

Também é reduzido o volume de encaminhamentos feitos por intermédio do sistema justiça (Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública): apenas 9%. A cooperação das CTs com estas instituições é pouco frequente, ainda que presente, em alguma medida. Com o sistema de justiça, tal cooperação foi mencionada por 67% das CTs

(muito e pouco intensa); com a polícia, por 56,6% das entidades (cooperação muito e pouco intensa). A instituição policial, contudo, é aquela com que o maior percentual de CTs diz *nunca* cooperar.

Já a cooperação com instituições religiosas foi a mais frequentemente mencionada pelas CTs (52%). Esses dados não só reafirmam a relevância da questão religiosa no âmbito da metodologia das CTs, como também são consistentes com o dado, apresentado anteriormente, que revela que a grande maioria das CTs têm na prática da espiritualidade um elemento essencial do seu trabalho de reabilitação.

GRÁFICO 8
Com quais instituições coopera? Com que frequência?
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

3.7 Recursos mobilizados

Esta subseção apresenta os dados referentes aos recursos que as comunidades terapêuticas mobilizam para levar a termo seus programas, basicamente os recursos humanos e financeiros.

3.7.1 Recursos humanos: quem cuida?

Para a efetivação de seus programas de cuidado, as CTs contam tanto com trabalhadores empregados (vinculados por relações formais de trabalho), quanto com voluntários. O questionário pediu aos respondentes que indicassem o número de trabalhadores nestas duas condições (voluntários e empregados), segundo algumas ocupações pré-definidas. Estas ocupações, por seu turno, foram listadas a partir das respostas mais frequentemente oferecidas no pré-teste do questionário, onde a pergunta sobre os trabalhadores e suas ocupações era aberta. Os dados foram organizados classificando-se as ocupações em três grandes grupos: *i*) trabalhadores profissionais de nível superior; *ii*) trabalhadores voltados ao cuidado e à organização da CT, sem formação superior necessariamente; e *iii*) trabalhadores de atividades complementares.

A tabela 10 apresenta estimativas da distribuição média dos profissionais destes três grupos, segundo o porte das CTs, e segundo a condição de empregado e voluntário. O porte das CTs, neste estudo, é medido pela quantidade de vagas ofertadas pelas CTs, individualmente. Conforme explicado no item 3.1 deste relatório, a população de CTs foi aqui dividida em três grandes grupos, segundo o montante de vagas que ofertam: o de pequenas CTs, que ofertam até 30 vagas; o de CTs médias, que oferecem de 31 a setenta vagas; e o das grandes CTs, que ofertam entre 71 e trezentas vagas, sendo, este último, o número máximo de vagas oferecidas por uma única CT, encontrado no *survey*.

A observação da tabela 10 permite conhecer, entre outras coisas, a relação entre a magnitude da oferta de vagas e a disponibilidade de trabalhadores nas CTs, por ocupação e tipo de vínculo (empregados e voluntários).

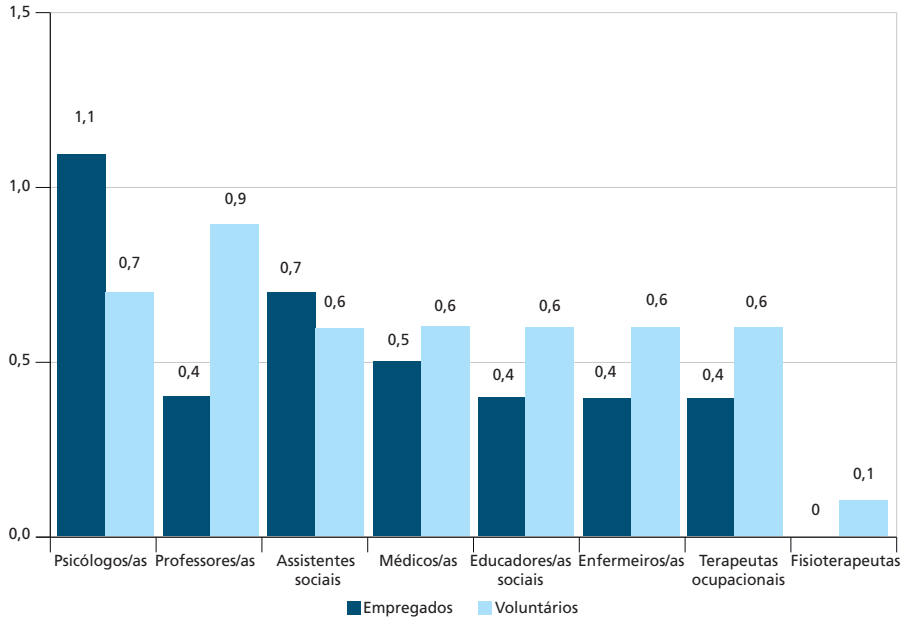
TABELA 10
Média de trabalhadores empregados e voluntários, por CT, segundo ocupação

NÚMERO DE VAGAS		0-30		31 -70		71- 300		TOTAL	
NÚMERO DE CTS		383		129		221		1.950	
TRABALHADORES		EMP	VOL	EMP	VOL	EMP	VOL	EMP	VOL
Grupo I	Médicos/as	0,4	0,7	0,5	0,6	0,9	0,7	0,5	0,6
	Enfermeiros/as	0,2	0,5	0,5	0,6	1,2	0,8	0,4	0,6
	Psicólogos/as	0,9	0,7	1,1	0,7	2,0	1,2	1,1	0,7
	Assistentes sociais	0,5	0,7	0,8	0,4	1,4	0,9	0,7	0,6
	Terapeutas ocupacionais	0,3	0,6	0,4	0,6	1,1	0,4	0,4	0,6
	Fisioterapeutas	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,0	0,1
	Professores/as	0,1	0,8	0,3	0,8	2,2	1,6	0,4	0,9
	Educadores/as sociais	0,5	0,7	0,3	0,5	0,3	0,5	0,4	0,6
Grupo II	Monitores/as	2,2	1,8	2,5	3,4	5,2	4,1	2,5	2,7
	Coordenadores/as	1,2	1,2	1,6	1,5	2,7	2,4	1,5	1,5
	Pessoal administrativo	1,6	2,4	2,1	1,7	4,1	4,3	2,1	2,3
	Pessoal de limpeza e manutenção	0,9	2,1	0,7	4,0	2,3	3,3	1,0	3,0
	Pessoal de cozinha	0,9	1,4	0,7	2,3	2,0	2,0	0,9	1,8
	Sacerdotes	0,3	1,7	0,4	1,9	0,7	2,5	0,4	1,9
Grupo III	Pessoal em atividades agrícolas e pecuárias	0,2	1,0	0,3	0,9	0,8	1,8	0,3	1,1
	Porteiros/as	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,6	0,1	0,2
	Seguranças	0,2	0,1	0,4	0,1	1,3	0,1	0,4	0,1
Média de trabalhadores por CT		8,1	13,1	9,5	15,5	19,7	18,0	9,9	14,6

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Com vistas a complementar a leitura destes dados, o gráfico 9 apresenta o número médio de trabalhadores para cada cem vagas em CTs, segundo a natureza do vínculo de trabalho (voluntários ou empregados), para algumas ocupações selecionadas; assim como a diferença entre a média de trabalhadores por tipo de vínculo.

GRÁFICO 9
Média de trabalhadores por 100 vagas, segundo vínculo, para ocupações selecionadas



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Na tabela 10, percebe-se que as ocupações do grupo I mais frequentes nas CTs são a de psicólogo(a) (1,8 por CT), assistente social (1,3 por CT) e professor (também 1,3 por CT). Vale notar que, entre psicólogos e assistentes sociais, há maior número de profissionais empregados do que de voluntários: estima-se 1,1 psicólogos empregados, contra 0,7 voluntários, por CT; e 0,7 assistentes sociais empregados contra 0,6 voluntários, por CT. Já os professores são, em sua maioria, voluntários (0,9 por CT contra 0,4 empregados, por CT).

Os médicos se constituem na quarta ocupação de nível superior mais presente nas CTs (1,1 por CT). Porém, a maior parte deles atua como voluntário, perfazendo a média de 0,6 médicos por CT, nesta condição, contra 0,5 médicos empregados por CT. De acordo com a tabela 10, os médicos empregados estão presentes principalmente nas CTs de maior porte (ou seja, que ofertam mais de setenta vagas): 3,1 por CT, sendo 1,7 empregados e 1,4 voluntários. A quantidade média de médicos para cada conjunto de cem vagas é da ordem de 1,3 (gráfico 8).

As ocupações de enfermeiro, terapeuta ocupacional e educador comparecem, cada uma, com uma média de um (1) trabalhador por CT. Para todas elas, a quantidade de trabalhadores voluntários é superior à de empregados. A categoria menos frequente neste grupo é a de fisioterapeutas, cuja distribuição média é 0,1 profissionais por CT, todos voluntários. Enfermeiros também estão concentrados em CTs com mais de setenta vagas; e terapeutas ocupacionais, naquelas com mais de cem vagas. Educadores apresentam uma distribuição mais homogênea entre CTs de todos os portes.

Observando-se agora o número médio dos mesmos trabalhadores (grupo I) para cada conjunto de cem vagas, conforme apresentado no gráfico 8, alguns aspectos podem ser destacados. No que diz respeito aos psicólogos, percebe-se que, enquanto há cerca de 1,8 destes profissionais para cada CT, contabiliza-se 2,8 deles para cada conjunto de cem vagas. Isto indica a concentração de psicólogos nas CTs de maior porte, como pode ser visto na tabela 10. Embora sua presença média em CTs de todos os tamanhos seja importante, as CTs com mais de setenta vagas possuem, em média, mais de quatro psicólogos empregados (4,1) e mais de dois psicólogos voluntários (2,4) cada uma.

A distribuição dos profissionais do serviço social é semelhante. Enquanto existem 1,4 assistentes sociais por CT, em média, estima-se que haja dois destes profissionais para cada cem vagas, no total das CTs. Tal como os psicólogos, estes profissionais também estão concentrados nas CTs com mais de setenta vagas (tabela 10), onde totalizam cerca de 4,5 profissionais por CT, sendo 2,7 empregados e 1,8 voluntários. Nas CTs de menor porte (até trinta vagas), estima-se a presença média de 2,6 assistentes sociais por CT, sendo a maior parte deles (1,5) voluntários.

Estes dados apontam para uma discrepância entre as percepções sobre o modelo das comunidades terapêuticas, veiculadas pelas lideranças corporativas dos(as) psicólogos(as) e assistentes sociais, de um lado;[27] e o engajamento efetivo dos profissionais destas corporações, nestas instituições, de outro. Pois, enquanto as lideranças corporativas de ambas as profissões – representadas pelos Conselhos Federais de Psicologia e de Serviço Social –, têm se mostrado resistentes ao financiamento federal às CTs, os profissionais de suas bases têm encontrado nelas amplo espaço de atuação por meio de postos de trabalho remunerado.

O grupo II é composto de trabalhadores voltados ao cuidado e à organização da CT, sem a necessidade de formação superior. Trata-se de monitores, coordenadores, pessoal administrativo, pessoal de limpeza e manutenção, pessoal de cozinha e sacerdotes. Monitores e coordenadores são os trabalhadores que mais direta e frequentemente atuam junto aos acolhidos. Eles constituem-se, a princípio, nos *pares* – ex-usuários problemáticos de SPAs, que já passaram por acolhimento bem-sucedido em CTs –, dos quais espera-se comportamentos exemplares para os novos acolhidos, por terem conseguido viver em abstinência de drogas. Por conta disto, esperava-se que estes trabalhadores atuassem principalmente como voluntários nas CTs.

Mas não é o que se infere pelos dados levantados. O número médio de monitores para cada CT é de 5,6 (tabela 10). Já a média destes trabalhadores por cem vagas é de 8,5. Contudo, as CTs com mais de setenta vagas têm, em média, a maior concentração destes trabalhadores: 9,3 monitores, cada uma. Entre monitores(as), o número dos que são empregados é ligeiramente maior que o de voluntários, por CT (2,7 contra 2,5 – tabela 10).

A quantidade média de coordenadores por CT é de três indivíduos. A média de coordenadores empregados por CT é a mesma que a de voluntários (1,5). Estes se distribuem de forma heterogênea entre as CTs, estando concentrados naquelas com mais de setenta vagas (5 indivíduos por CT, em média).

27. Percepções manifestadas claramente nas reuniões ocorridas durante o processo de elaboração da Resolução nº 1/2015, do Conad, e ouvidas diretamente pelos pesquisadores que frequentaram estas reuniões no desenrolar desta pesquisa.

3.7.2 Recursos financeiros: como as CTs financiam seu trabalho?

A busca de recursos financeiros é bastante ilustrativa do já citado processo de padronização e profissionalização das CTs. Aquelas que se adequam à legislação vigente estão aptas a pleitear variados recursos públicos – prática que hoje vem sendo usada em abundância e representa a maior parte do orçamento dessas entidades. Tanto no âmbito do *survey*, quanto da pesquisa qualitativa, o que se viu é que em todas as CTs pesquisadas segue-se a diversificação de formas de angariar recursos, compondo um quadro em que os pedidos e financiamentos oficiais são combinados ao recebimento de doações de alimentos, roupas e cestas básicas; realização de atividades beneficentes; e vendas de produtos fabricados em seu interior, dentre outras estratégias.

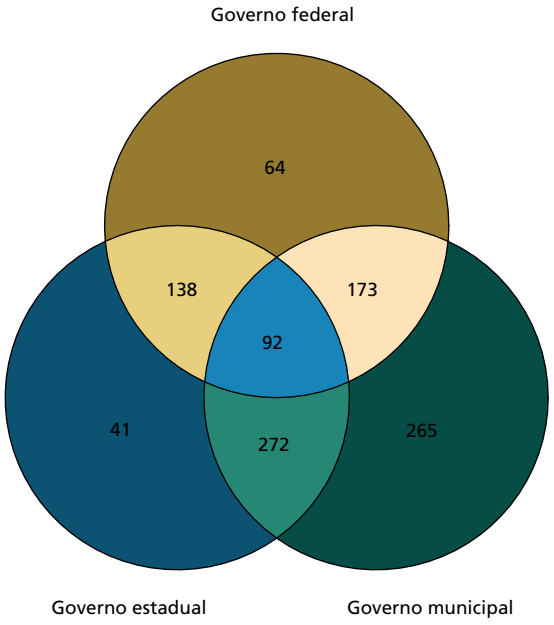
TABELA 11
Fontes de Financiamento das CTs
(Em %)

FONTES DE FINANCIAMENTO	%
Doações de pessoas que apoiam a causa	75,4
Contribuições voluntárias dos/as acolhidos/as ou suas famílias	66.6
Doações de igrejas e demais instituições religiosas	63.5
Pagamento dos acolhidos	46
Recursos próprios dos dirigentes da CT	44,7
Levantamento de fundos, através de festas, bingos ou sorteios	42
Financiamento do governo municipal	41,1
Doações de entidades privadas nacionais	33,9
Produção e venda de produtos feitos na CT	32,4
Financiamento do governo estadual	27,8
Financiamento do governo federal	24,1
Doações de entidades privadas internacionais	6,1

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Pouco mais da 50% da amostra respondeu à todas as questões sobre as fontes de financiamento. No que se refere ao financiamento público, é possível estimar que 8% das CTs que responderam a estas questões recebem financiamento dos governos federal, estadual e municipal, e que 56% recebem de, pelo menos, duas esferas de governo. Assim, observa-se uma sobreposição de financiamentos públicos, sendo a mais comum, a sobreposição de financiamentos municipais e estaduais (35%).

GRÁFICO 10
Superposição de fontes de financiamento público



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

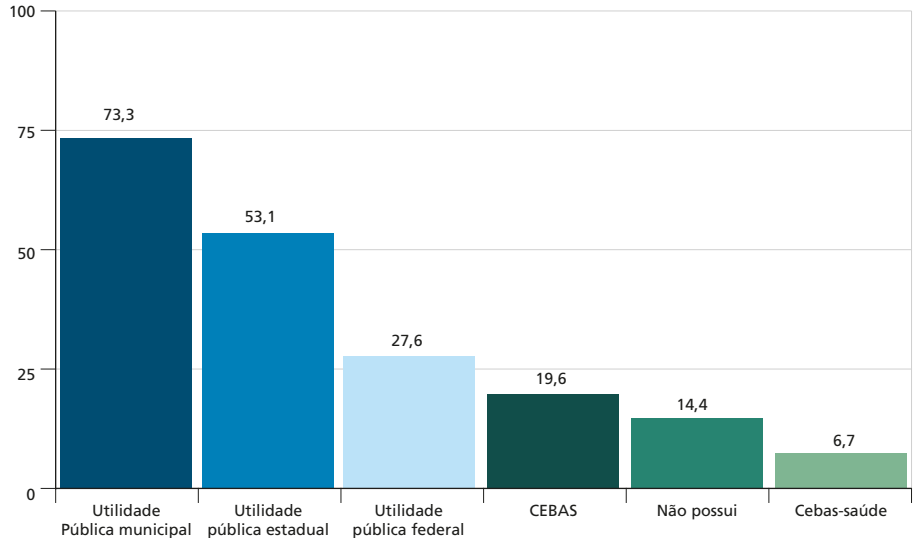
Além de financiamentos diretos, diversas CTs são portadoras de certificações, que são concedidas pelos poderes legislativos e executivos das três instâncias administrativas, a instituições que prestam serviços de interesse do poder público. Estas certificações constituem-se em formas indiretas de subvenção pública, uma vez que autorizam o não pagamento de diversos tributos.

Entre as certificações passíveis de serem obtidas pelas CTs, destacam-se a Declaração de Utilidade Pública Municipal (concedida pelas câmaras municipais); a Declaração de Utilidade Pública Estadual (concedida pelas assembleias legislativas estaduais); a Declaração de Utilidade Pública Federal (concedida pela Câmara dos Deputados); o Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social (Cebas) (concedido pelos Conselhos Municipais de Assistência Social); e o Cebas-Saúde (obtida junto ao SUS).

Setenta e três por cento (73%) das CTs possuem a Declaração de Utilidade Pública Municipal; 53% possuem a Declaração de Utilidade Pública Estadual; e 27,6%, a Declaração de Utilidade Pública Federal. Ademais, quase 20% das CTs possui o Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social; e por 6,7% das CTs detêm o Cebas-Saúde.

Estes dados, em conjunto com os da tabela 11, sugerem haver certa capacidade das CTs, para obterem recursos públicos, em todas as instâncias administrativas/governativas, e por vias diversas: desde financiamento direto a vagas para acolhimento; até a isenção de tributos, por meio de títulos de utilidade pública e/ou certificação pelo Suas (Cebas) e SUS (Cebas-Saúde).

GRÁFICO 11
Certificações obtidas pelas CTs – Brasil
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

3.8 Perfil dos dirigentes

As tabelas, que se seguem, descrevem as características predominantes daqueles que dirigem hoje as CTs brasileiras. A idade média destes dirigentes é de 51 anos, e 49,4% deles/delas possui curso superior completo. 72,2% das CTs são geridas por pessoas do sexo masculino.

TABELA 12
Informações gerais sobre os dirigentes

CARACTERÍSTICAS	%
Feminino	22,1
Masculino	72,2
Recebe remuneração na CT	15,1
Exerce trabalho remunerado fora da CT	48,8
Dirigente é o/a fundador/a	57,9

(Continua)

(Continuação)

CARACTERÍSTICAS	%
	Média de anos
Idade do/a principal dirigente	51,11
Tempo médio que exerce esta função	10,59

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

TABELA 13
Escolaridade dos dirigentes
(Em %)

ESCOLARIDADE	%
Superior completo	49,4
Médio completo	36,6
Fundamental completo	4,9
Fundamental incompleto	2,8
NS/NR	6,4
TOTAL	100

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Para além destes dados quantitativos, a pesquisa de campo (qualitativa) revelou também a importância do carisma e da história pessoal dos fundadores e dirigentes das CTs, seja para a sustentação das rotinas e da disciplina interna da instituição, seja para sua projeção social, religiosa e política, na esfera pública local, regional ou nacional. Na grande maioria dos casos estudados, a história das CTs chega mesmo a fundir-se com a de seus fundadores.

Quanto a estes, as etnografias revelaram figuras fundamentais e centralizadoras no interior dessas instituições, as quais congregam afeto e disciplina, de que são exemplos: um padre norte-americano, filho de alcoolista, que veio ao Brasil e recebeu um terreno doado para o trabalho de "evangelização de drogados"; um homem cujo filho usava drogas e foi internado em uma CT; um ex-usuário de drogas, hoje vereador e pastor da Igreja Quadrangular; um técnico farmacêutico, cuja dependência química dos irmãos foi "curada" pelo consumo de ayahuasca; uma empresária, cuja enteada, antes de morrer, ainda na adolescência, manifestou vontade de ter uma fazenda que trabalhasse com usuários de drogas. Fora das CTs, estas pessoas atuam como mediadores político-institucionais e têm em sua *persona* o capital social e político necessário ao estabelecimento de relações públicas, parcerias políticas e participação em importantes instâncias decisórias. Alguns trechos dos relatórios de campo são ilustrativos a este respeito.

> Derivado da personalidade de Pereira, observa-se um outro tripé: patriarcalismo, conservadorismo e amor. Palavras que muitas vezes não se harmonizam, se amalgamam no cotidiano da AME, compondo o tratamento e o dia a dia da instituição, juntamente com o tradicional tripé disciplina-espiritualidade-trabalho. As normas são passadas ao residente no momento de sua internação, porém a observação do cotidiano revela que elas não são rigidamente cumpridas, nem estão fixadas em nenhum lugar para que todos a vejam. As normas são peculiares; às vezes, ambíguas, ditadas a cada manhã pelo discurso de seu Pereira. A cada oração, Pereira relembra as regras da instituição. Onde e quando Pereira aparece, a ordem se estabelece. Os meninos o respeitam, como se respeita a um paizão, um pai rígido. Nesse sentido, Pereira é a corporificação das normas da AME, isto é, as regras estão inscritas em seu corpo, basta a aparição dele para que sejam cumpridas (Relatório etnográfico).

> O privado e público se misturam: Pereira é um paizão na AME, também é um paizão na cidade, membros do grupo de jovens e ex-residentes continuam chamando-o dessa maneira. O que acontece com Pereira lembra o processo descrito por Vitor Nunes Leal (1976). Assim como no coronelismo, Pereira têm influência política. O poder privado extrapola os limites da casa e chega ao poder político institucionalizado. A AME é cofundadora da Associação Nova, cuja presidente é a vereadora Juliana Ju, esposa do deputado federal Claudio Ju. Apesar de Pereira negar e dizer que o poder político não deve interferir em nenhuma comunidade terapêutica, é possível notar que o poder dele já se espraiou, ultrapassando os limites da comunidade terapêutica e chegando a outras esferas (Relatório etnográfico).

> A figura do mestre Lis é muito importante em todo o contexto da Flor de Lótus, pelas funções institucionais que exerce, e principalmente pela sua personalidade e por sua maneira de agir no dia a dia da CT. Ele é uma figura muito carismática, calma, e que transmite uma aura de sabedoria e conhecimento, tanto relacionada à questão da espiritualidade, quanto relacionada às coisas mais cotidianas da vida social na CT (Relatório etnográfico).

> A figura do Padre é, ao mesmo tempo, carismática e autoritária. Ele cobra a boa conduta das pessoas, fala o quanto gasta para que o espaço exista, afirma que nunca teve nada na vida, que deu tudo que tinha para que os usuários de drogas pudessem ser cuidados; para que parassem de beber e de se drogar. Ao mesmo tempo que aparece como alguém "durão", que causa medo caso não se esteja agindo conforme ele queira, é alguém que é entendido como um salvador, um santo, que deu sua vida por uma causa maior, e que deve ser respeitado (Relatório etnográfico).

Vale ressaltar ainda que 53,4% destes dirigentes atuam em CTs por motivação religiosa, o que, mais uma vez, aponta a centralidade da fé em Deus – particularmente da fé cristã, como visto – no modelo de tratamento.

TABELA 14
Motivações que levaram os dirigentes a atuar em CTs
(Em %)

MOTIVOS	%
Motivação religiosa	53,4
Motivação humanista	47,10
Ter tido contato pessoal e/ou familiar com ex-usuários/as de substâncias psicoativas, que se beneficiaram do acolhimento em CTs	44,8
Ser, ele/a mesmo/a, ex-usuário/a de substâncias psicoativas, que se beneficiou do acolhimento em CTs	32,6
Motivação profissional	30,8

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Por outro lado, 32,6% dos dirigentes dizem ter sido, eles mesmos, beneficiários de tratamentos em CTs; enquanto 30% informam trabalhar em CTs por motivação profissional. Estes últimos dados falam de questões adicionais muito relevantes, e já aventadas na literatura, para a compreensão do universo das CTs, assim como de sua sustentação e reprodução: a experiência própria de tratamento nestas entidades; a já mencionada *profissionalização* dos ex-internos, como estratégia de construção de um futuro para eles/elas, pautado na abstinência de drogas e em um novo código moral e de conduta; e a própria profissionalização das CTs, com a incorporação de profissionais, no lugar de voluntários, para exercer funções de cuidado.

3.9 Participação na esfera pública

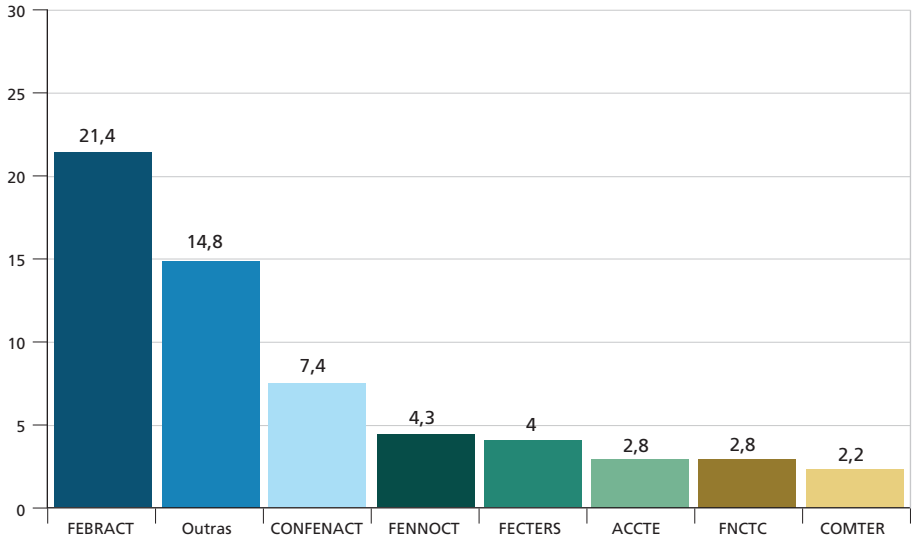
A pesquisa quantitativa buscou também encontrar indicações sobre o grau de organização e coordenação entre as CTs, cujos efeitos já são perceptíveis, revelados pela evidente capacidade que possuem estas instituições, de obter financiamentos, subvenções e conexões com setores importantes do poder público. Os indicadores aqui utilizados foram tanto a filiação das CTs a entidades associativas do setor, quanto a sua participação em conselhos de políticas públicas.

3.9.1 Filiação a entidades associativas

Embora nenhuma das entidades associativas mencionadas no *survey* tenham alcançado um percentual de filiados superior a 21,4%, sua quantidade, por si só, impressiona: foram mencionadas, em pergunta aberta, 34 entidades associativas. Estes dados sugerem que as CTs estão organizadas, ou em processo de organização institucional, em torno dos seus interesses, o que lhes confere condições de coordenação de ações, com vistas a defesa de pautas comuns.

Das entidades associativas mencionadas pelos respondentes, coloca-se em primeiro lugar a Febract. Com sede em Campinas, São Paulo, esta é uma das organizações mais antigas do setor, que, entre outras ações, oferece cursos de capacitação para trabalhadores de CTs e demais interessados, acerca do tema da chamada dependência química. Esta informação, por sua vez, contribui para explicar a expressiva homogeneidade (padronização) encontrada, entre as práticas terapêuticas adotadas.

GRÁFICO 12
Filiação das entidades associativas/representativas das CTs – Brasil
(Em %)



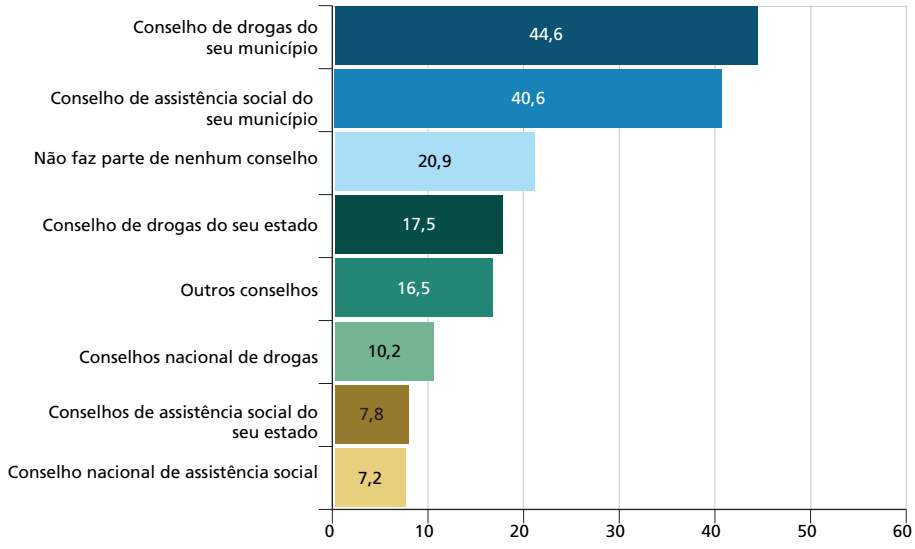
Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

3.9.2 Participação em conselhos de políticas

Os conselhos de políticas públicas foram instituídos pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e implementados nos municípios, estados e na União, como forma de ampliar o controle da sociedade civil sobre a formulação e implementação de políticas, notadamente as de natureza social.

Embora 20% das CTs tenha declarado não fazer parte de nenhum conselho, 44% delas declarou que integra os Conselhos de Políticas de Drogas (ou análogos) em seus municípios; e 40,6% dizem integrar Conselhos Municipais de Assistência Social. Estes percentuais denotam uma expressiva integração destas entidades aos espaços de decisão das políticas municipais, de onde possivelmente constroem as fundações de sua plataforma de acesso às demais arenas governamentais. Esta integração indica, ainda, a extensão da aceitação que estas entidades angariam a seu modelo de cuidado, nas instâncias mais básicas da administração pública brasileira.

GRÁFICO 13
Participação das CTs em Conselhos de políticas públicas – Brasil
(Em %)



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Lidos em conjunto, os dados sobre financiamento, participação em conselhos de políticas públicas e filiação a entidades associativas/representativas indicam que delineia-se, entre as CTs, aquilo que a literatura (DiMaggio e Powell, 1983) nomeia como a constituição de um "campo organizacional", com vistas ao reconhecimento e à legitimação de sua ação junto aos usuários problemáticos de SPAs; seja no que tange à padronização de suas metodologias de atenção; seja ainda no que diz respeito à obtenção de recursos públicos para financiar esta ação. Este campo se expande em ações coordenadas, por meio das quais estas entidades buscam – e têm logrado êxito em – fazer avançar seus interesses coletivos. Dentre estas ações, há que se destacar a constituição de uma frente parlamentar de apoio às comunidades terapêuticas, em 2015, que reúne cerca de duzentos parlamentares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados coletados pelo *survey*, é possível traçar um perfil das comunidades terapêuticas brasileiras, em que sobressaem aspectos já identificados por outros observadores; e, talvez, algumas novidades. No que se refere aos aspectos já identificados, pode-se falar na predominância da instalação destes equipamentos em imóveis rurais amplos – com mais de 1000 m^2 de área total. Não obstante, quase 50% das CTs têm capacidade para receber, no máximo, trinta pessoas.

Verifica-se também a ancoragem generalizada do trabalho das CTs no tripé trabalho-disciplina-espiritualidade, revelada pela adoção praticamente universal de métodos terapêuticos como a laborterapia e o cultivo da espiritualidade. Os dados confirmam também a prevalência de CTs vinculadas a igrejas e organizações religiosas. Outrossim, no que diz respeito à natureza do vínculo com religiões e à sua função nas CTs, pode-se dizer que, diferentemente do que é mais comumente difundido, não se trata primordialmente de uma busca pela conversão religiosa dos internos, mas de um meio para sua conversão moral, onde a fé no divino e o apoio das escrituras sagradas do cristianismo são percebidos como aliados poderosos, seja na proteção contra as recaídas, seja na fixação de uma ética heterônoma de conduta.

Outro ponto que merece destaque é o grau de padronização encontrado entre as CTs, que se refere desde a média de vagas por dormitório (entre três e seis), até as práticas terapêuticas adotadas, passando pelas formas de financiamento (por contribuições, doações e financiamento público). Também chama atenção a medicalização das CTs, a partir da incorporação de profissionais e procedimentos da área de saúde.

Os dados também sugerem um processo de institucionalização que se opera no campo organizacional destas instituições, que se projeta tanto "para fora" – a partir de sua participação em conselhos de políticas públicas, e da sua capacidade de obter isenções tributárias junto aos poderes públicos; quanto "para dentro", que se consubstancia na padronização de procedimentos, regras e rotinas internas.

No âmbito da pesquisa qualitativa, as comunidades terapêuticas estudadas diferem-se em relação ao grau de institucionalização idealizado e praticado, ordenando-se empiricamente em uma espécie de *continuum,* a partir do qual é possível entrever que, enquanto algumas desenvolvem suas atividades sob preceitos pouco explícitos, demonstrando precária adequação à regulamentação existente, outras parecem atentas ao debate acerca delas, e às normativas que vêm sendo estabelecidas. Em geral, estas últimas possuem sede física, estrutura burocrática e equipe multiprofissional.

A partir da leitura conjunta dos relatórios de campo, foi possível observar cinco características que compõem o processo de padronização e profissionalização do funcionamento das CTs.

1. Capacitação de membros das equipes por meio de cursos à distância como o *Fé na Prevenção* e o *Supera*, ofertados pela Senad, além de uma recorrência aos cursos da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo (Uniad-Unifesp), que tem o psiquiatra Ronaldo Laranjeira como um dos seus principais articuladores.
2. Participação e cadastramento, como membro ou fundador, de entidades coorporativas, das quais se destacam, no país, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas e a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (Confenact), além de uma série de outras entidades regionais, estudais e locais.
3. Progressivo aumento de profissionais contratados e remunerados, com formação técnica, que não residem nas instituições.
4. Um processo de medicalização das CTs, no curso do qual são incorporados saberes e tecnologias próprias do campo médico/psicológico (além de medicamentos, terapias individuais e em grupo).
5. Maior acúmulo de dados produzidos internamente, permitindo a prestação de contas e a justificativa pública do trabalho realizado.

Estas características gerais são, é claro, combinadas e atualizadas de modos distintos nas realidades concretas. Aglutinadas analiticamente, elas oferecem um pano de fundo que permite prospectar um importante movimento que precisa ser levado em conta, na observação dos desdobramentos recentes dessas instituições.

De modo bastante complexo, entretanto, observamos que embora este processo de padronização e profissionalização esteja em curso, e com mais evidência em CTs mais consolidadas, a experiência no cotidiano mostra que ele não deve ser visto em oposição a práticas historicamente estabilizadas de funcionamento dessas instituições. Isto parece ser decorrente tanto das múltiplas possibilidades de acionamento de recursos públicos (nos níveis municipais, estaduais e federal), a partir da conformação às regulamentações existentes,[28] quanto da emergência de um campo de disputas mais amplo que, ao denunciar suas atividades e propósitos, acaba, a contrapelo, também por pressionar essas instituições a justificar suas ações e, consequentemente, a reordenar seu funcionamento.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação**: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN). 2014. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, 2014.

ALARCON, S. **O diagrama das drogas**: cartografia das drogas como dispositivo de poder na sociedade brasileira contemporânea. 2008. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

ASSIS, J. T. de. *et al*. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, dez. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/KmrcMY>.

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. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial**, Brasília, n. 69, p. 2, 9 abr. 2001. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/Hy8FUE>. Acesso em: 22 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, p. 43, 21 maio 2010. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/OTfGDF>. Acesso em: 9 set. 2016.

_____. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. **Diário Oficial**, Brasília, p. 29, 9 dez. 2011a. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/lZAG7d>. Acesso em: 9 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 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. **Diário Oficial**, Brasília, p. 62, 1 jul. 2011b. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/9U1JD1>. Acesso em: 9 set. 2016.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. 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. **Diário Oficial**, Brasília, p. 51, n. 165, 28 ago. 2015. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/sbEiOT>. Acesso em: 5 out. 2016.

_____. Justiça Federal Seção Judiciária de São Paulo. Ação Civil Pública nº 0014992-18.2016.4.03.6100. Juíza Federal: Rosana Ferri. São Paulo, 04 ago. 2016. Disponível em: <http://www.jfsp.jus.br/foruns-federais/>. Acesso em: 13 jul. 2016.

CAMPOS, R. O. Pesquisas revelam hipermedicação de pacientes com transtorno mental. **Jornal da Unicamp**, Campinas, n. 530, 24 jun. 2012. Disponível em: <https://goo.gl/kNhyV4>. Acesso em: 29 jun. 2016.

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: <https://goo.gl/94ECh8>. Acesso em: 14 jun. 2016.

28. Como a RDC nº 29/2011, da Anvisa, por exemplo.

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

DE LEON, G. **A Comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2014.

FRACASSO, L. **Comunidade terapêutica**: uma abordagem psicossocial. *In*: ENCONTRO INTERDISCIPLINAR: DEPENDÊNCIA QUÍMICA, SAÚDE E RESPONSABILIDADE SOCIAL EDUCANDO E TRANSFORMANDO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO FÍSICA. Campinas: APOT; Unicamp, 2008.

FREIRE, E. O Modelo Minesotta. **Magis – Caderno de Fé e Cultura**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 91-95, jul. 2005. Disponível em: <https://goo.gl/9xDL3K>. Acesso em: 24 abr. 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Censo Demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://goo.gl/N7wC6J>. Acesso em: 17 mar. 2016.

KRÜGER, R. R. **Comunidade terapêutica**: como acolher egressos de instituições de recuperação de dependentes químicos? Um exemplo da IECLB em Florianópolis. 2005. Dissertação (Mestrado) –Instituto Ecumênico de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia São Leopoldo, São Leopoldo, 2005.

LOECK, J. F. **A Dependência química e seus cuidados**: antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS. 2014. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRGS, Porto Alegre, 2014.

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus**: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007. Disponível em: <https://goo.gl/9uoWJa>. Acesso em: 2 nov. 2015.

NUTE – NÚCLEO MULTIPROJETOS DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL. **Redução de danos**. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/oN7vlo>. Acesso em: 16 ago. 2016.

NUNES, M. C. **Firmes nos propósitos**: etnografia da internação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas. 2016. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFSCAR, São Carlos, 2016.

OBID – OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. Tratamento/dependência química/diferentes abordagens. Disponível em: <https://goo.gl/l4dEuB>. Acesso em: 29 ago. 2010.

RITTER, T. *et al*. Capacitação grupos operativos. [s.l.; s.d.]: 2009.

RUI, T. A inconstância do tratamento no interior de uma comunidade terapêutica. Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, p. 45-73, abr./jun. 2010.

_____. **Corpos abjetos***:* etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2012.

SOUZA, L. C. **Entre usuários e traficantes**: múltiplos discursos sobre e da atuação dos agentes de segurança na região da cracolândia. 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), São Carlos, 2015.

TORRES, JÚNIOR, R.; ARENARI, B. A religião e seu potencial na recuperação de usuários do crack: "os longos futuros". *In*: SOUZA, J. (Org). **Crack e exclusão social.** Brasília: MJC, 2016. p. 190-202.

VAISSMAN, M.; RAMÔA, M.; SERRA, A. S. V. Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 121-132, jan./dez. 2008.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA *et. al*. Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: ABP, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/DC4lT7>. Acesso em: 14 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução**. Diário Oficial**, Brasília, p. 23, 31 maio 2001. Disponível em: <https://goo.gl/1fA7B2>. Acesso em: 06 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. **Diário Oficial**, Brasília, p. 29, 3 maio 2002. Disponível em: <https://goo.gl/Aemiit>. Acesso em: 6 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, p. 41, 15 out. 2004. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/CE7trj>. Acesso em: 6 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, p. 51, 18 fev. 2005. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/wg0BlM>. Acesso em: 6 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial**, Brasília, p. 230, 26 dez. 2011. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/BRIIUN>. Acesso em: 9 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). **Diário Oficial**, Brasília, p. 232, 26 dez. 2011. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/1ZdFIJ>. Acesso em: 9 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (Caps-AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial**, Brasília, p. 39, 27 jan. 2012. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/dhA6P5>. Acesso em: 9 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial**, Brasília, p. 33, 1 jan. 2012. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/cEsEPV>. Acesso em: 9 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial**, Brasília, p. 38, 16 abr. 2013. Seção 1. Disponível em: <https://goo.gl/YA6oAS>. Acesso em: 9 set. 2016.

CONFENACT – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Laborterapia**: o trabalho – elementos terapêuticos e educacionais. Documento enviado ao Conad em 26 de maio de 2014.

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. The iron Cage Revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**, Estados Unidos, v. 48, p. 147-160, abr. 1983.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Caps-AD-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

GAMA, J. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1397-1417, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/fKX8js>. Acesso em: 1º set. 2016.

GEHRING, M. R. **Drogas, violência e políticas sociais**: estudo de uma comunidade terapêutica. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UNESP, Marília, 2014.

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.

1 DESENHO AMOSTRAL E CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra das CTs submetidas ao *survey* foi calculada com base em cadastro elaborado por pesquisadores da UFRGS, em 2009. Esta amostra foi estratificada por macrorregião geográfica, tendo em vista a distribuição desigual das CTs pelo território brasileiro (tabela 2 deste apêndice).

Decidiu-se ainda por um segundo nível de estratificação, com o objetivo de possibilitar a observação de eventuais diferenças entre CTs situadas em municípios de portes distintos e inseridos em diferentes redes urbanas.

O conceito de *rede urbana*[1] refere-se a conjuntos de cidades que se conectam em função da oferta de bens e serviços. De acordo com a literatura,[2] algumas cidades (em geral, as maiores) são lugares de produção e distribuição de bens e serviços, enquanto outras (normalmente, as menores) não o são, recorrendo, assim, aos bens e serviços produzidos e distribuídos nas primeiras. Estas conexões se traduziriam em *hierarquias* entre cidades, segundo as quais algumas cidades se tornam mais importantes que outras, em virtude do fluxo que atraem, de pessoas de cidades próximas, em busca de sua oferta de bens e serviços.

Desde os anos 1960, o IBGE realiza estudos com o objetivo de conhecer estes fluxos e os relacionamentos entre as cidades brasileiras, determinados por eles, e conhecidos como Regiões de Influência das Cidades (Regic).[3] Estes estudos buscam definir a hierarquia dos centros urbanos e delimitar as regiões de influência a eles associadas a partir dos aspectos de gestão federal e empresarial e da dotação de equipamentos e serviços, de modo a identificar os pontos do território a partir dos quais são emitidas decisões e é exercido o comando em uma rede de cidades (IBGE, 2007).

Na atualização realizada em 2007, as cidades brasileiras foram classificadas em cinco grandes níveis a seguir.

1. Metrópoles, representadas pelos doze principais centros urbanos do país.
2. Capitais regionais, constituídas pelas setenta grandes cidades que têm área de influência de âmbito regional.
3. Centros sub-regionais, compostos por 169 cidades com atividades de gestão menos complexas.
4. Centros de zona, formados por 556 cidades de menor porte e com atuação restrita à sua área imediata.
5. Centros locais, representados pelas demais 4.473 cidades cuja centralidade e atuação não extrapolam os limites do seu município, servindo apenas aos seus habitantes.

Para atender ao propósito de estratificação da amostra das CTs segundo o porte e a importância das cidades nas quais se situam, foram utilizadas as classificações da Regic 2007, aglutinadas, contudo, em apenas três categorias de classificação, de modo a reduzir o número de estratos considerados. As três categorias adotadas foram então:

1. Estrato metrópole/capital regional, que aglutina os estratos 1 e 2 da classificação original.
2. Estrato centro sub-regional, que coincide com o estrato 3, de classificação original.
3. Estrato centro local/centro de zona, no qual foram reunidos os estratos 4 e 5 da classificação.

Assumiu-se, para efeito de estratificação, que CTs localizadas em municípios pequenos, afastados de grandes centros ou de regiões metropolitanas, poderiam apresentar características distintas daquelas localizadas em grandes municípios.

A amostra foi extraída, ainda, segundo um terceiro fator de estratificação, qual seja, o financiamento (ou não) pela Senad, em 2015. Contudo, *todas as CTs financiadas entraram na amostra*, conforme solicitação da Senad e, portanto, correspondem ao estrato final *certo*; estrato em que a probabilidade de seleção de cada CT é igual a 1. Já as CTs que não recebiam financiamento pela Senad em 2015 correspondem ao estrato final *amostrado*; estrato em que a probabilidade de seleção de cada CT é proporcional ao número de unidades no estrato. Portanto, todas

1. Ver Corrêa (2006).
2. Ver Christaller (1966).
3. Ver IBGE (2007).

as CTS constantes na amostra foram contabilizadas segundo o critério de financiamento e também, segundo sua situação regional e sua classe de Regic.

Para a definição desta amostra, assumiu-se a hipótese de que a *variável de interesse é uma proporção*; e, como não se tem conhecimento sobre o universo efetivo de CTs em funcionamento no país, considerou-se que sua variância na população é máxima, ou seja, p = 1/2, o que resultou em um tamanho de amostra maior, entendido como mais conservador. Além disso, considerou-se que o custo de amostragem é o mesmo para qualquer unidade da população, e que a seleção das unidades, dentro de cada estrato, é feita por amostragem aleatória simples sem reposição (AAS).

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se uma aproximação *normal do intervalo de confiança de 95%*, para a distribuição da proporção. Inicialmente, a alocação da amostra nos estratos foi proporcional ao tamanho de cada estrato, controlando-se o erro total em 0,05, já que nenhuma informação estava disponível e o custo era fixo para todas as unidades. Em etapa posterior, o tamanho da amostra de cada estrato foi reajustado com intuito de reduzir o erro das estimativas dentro dos estratos. Após esse ajuste, o erro total foi reduzido para 0,03. O tamanho da amostra obtido foi ainda acrescido em 10%, como contenção para possíveis perdas e recusas, totalizando 736 estabelecimentos. A tabela A.1, a seguir, apresenta toda a estratificação da amostra.

Por fim, um estudo-piloto conduzido entre 33 CTs, testou a adequação do instrumento de coleta das informações, a formulação das questões de pesquisa no que diz respeito à facilidade de compreensão e o tempo médio de preenchimento necessário.

TABELA A.1
Estratificação da amostra de CTs para a pesquisa

ESTRATO	FATORES DE ESTRATIFICAÇÃO			POPULAÇÃO (Nh)	AMOSTRA (nh)
	REGIÃO	REGIC	FINANCIAMENTO		
1	NO	Centro local/zona	Financiadas	8	8
2	NO	Centro local/zona	Não financiadas	33	18
3	NO	Centro subregional	Financiadas	5	5
4	NO	Centro subregional	Não financiadas	16	12
5	NO	Metrópole/capital	Financiadas	7	7
6	NO	Metrópole/capital	Não financiadas	70	25
7	NE	Centro local/zona	Financiadas	18	18
8	NE	Centro local/zona	Não financiadas	71	25
9	NE	Centro subregional	Financiadas	8	8
10	NE	Centro subregional	Não financiadas	24	15
11	NE	Metrópole/capital	Financiadas	29	29
12	NE	Metrópole/capital	Não financiadas	180	32
13	SE	Centro local/zona	Financiadas	43	43
14	SE	Centro local/zona	Não financiadas	222	37
15	SE	Centro subregional	Financiadas	21	21
16	SE	Centro subregional	Não financiadas	83	27
17	SE	Metrópole/capital	Financiadas	41	41
18	SE	Metrópole/capital	Não financiadas	402	67
19	SU	Centro local/zona	Financiadas	49	49
20	SU	Centro local/zona	Não financiadas	131	30
21	SU	Centro subregional	Financiadas	22	22
22	SU	Centro subregional	Não financiadas	51	22
23	SU	Metrópole/capital	Financiadas	54	54
24	SU	Metrópole/capital	Não financiadas	203	34
25	CO	Centro local/zona	Financiadas	14	14
26	CO	Centro local/zona	Não financiadas	32	18

(Continua)

(Continuação)

ESTRATO	FATORES DE ESTRATIFICAÇÃO			POPULAÇÃO (Nh)	AMOSTRA (nh)
	REGIÃO	REGIC	FINANCIAMENTO		
27	CO	Centro subregional	Financiadas	3	3
28	CO	Centro subregional	Não financiadas	10	9
29	CO	Metrópole/capital	Financiadas	15	15
30	CO	Metrópole/capital	Não financiadas	98	28
N				1.963	736

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

1.1 Fatores de expansão

A cada CT da amostra foi associado um peso amostral básico. Tais pesos são utilizados para expandir os dados coletados, multiplicando-se cada observação pelo seu respectivo peso. Assim sendo, é possível estimar quantos elementos da população pertencem a determinado estrato, somando os pesos dos elementos da amostra que pertencem a este estrato.

O peso é obtido pela razão entre o tamanho da população e o tamanho da amostra no estrato correspondente, dado pela fórmula abaixo.

$$W_{hi} = \frac{N_h}{n_h}. \quad (1)$$

Em que, N_h é o tamanho populacional do estrato final h, após eventuais tratamentos das informações disponíveis no cadastro de CTs, e realizados simultaneamente a coleta das informações pelo *survey*. n_h corresponde ao número de CTs respondentes na amostra pertencentes ao estrato final h, após eventuais tratamentos no cadastro. W_{hi} é o peso atribuído a CT i do estrato final h; no caso de um estrato certo onde todas as CTs selecionadas responderam, $W_{hi} = 1$.

Os pesos foram posteriormente ajustados devido a não resposta. Deste modo, é possível obter estimativas para a população provável de CTs no país utilizando os fatores de expansão calculados, e fornecidos junto com os dados coletados pelo *survey*.

A maioria dos inquéritos, se não todos, apresenta algum grau de não resposta devido à utilização de cadastros desatualizados, ou mesmo em razão de desistência ou recusa, por parte dos elementos amostrados, em colaborar com o estudo.[4] Para este levantamento, adotaram-se os tratamentos a seguir.

1. Expansão normal das informações prestadas pela CT, nas situações em que a instituição completou mais que 50% do questionário.
2. Retirada da CT da contagem do tamanho da amostra do estrato a que pertence, mantendo-a na contagem do tamanho da população, nas situações em que CT não foi localizada ou se recusou a participar do estudo. Neste caso, uma nova CT foi alocada ao estrato final a que pertence, mediante seleção. Há estratos em que esse procedimento não foi possível uma vez que todas as CTs já haviam sido incluídas na amostra.
3. Retirada da CT da contagem do tamanho da amostra e da população nas situações em que a instituição deixou de existir, ou que não se enquadrava como comunidade terapêutica, por exemplo, quando a unidade selecionada se tratava de uma clínica. Neste caso, uma nova CT foi alocada ao estrato final a que pertence.

Na análise de dados desta pesquisa, deve-se considerar a ocorrência de CTs da amostra com pesos bem distintos. Por exemplo, a razão entre o maior e o menor peso é cerca de 13 vezes; a média é de 4,11 com desvio-padrão de 3,74.

1.2 Taxa de retorno de questionários

Ainda que a taxa de perda da amostra efetiva tenha ficado próximo a 24%, todos os estratos apresentam taxa de retorno de pelo menos 50% da amostra efetiva no estrato. A seguir, as tabelas apresentam a distribuição de CTs amostradas em cada fator de estratificação com a sua respectiva taxa de sucesso. A coluna *Nh* indica o número de CTs (N) conhecido para o estrato (h). A coluna *nh* indica o número (n) de CTs efetivamente amostrado no estrato (h). Por fim, a coluna *Retorno* traz o número de instituições que cooperaram com o estudo respondendo ao questionário. Taxas são precedidas pelo símbolo (%).

4. Ver Groves *et al.* (2013).

TABELA A.2
Amostra efetiva e taxa de cooperação[1]

ESTRATO	Nh	% Nh	AMOSTRA INICIAL (nh)	AMOSTRA EFETIVA (nh)	RETORNO EFETIVO	% RETORNO
1*	8	0,41	8	7	5	71,43
2	28	1,68	18	13	8	61,54
3	4	0,25	5	4	4	100
4	15	0,82	12	8	4	50,00
5*	7	0,36	7	5	4	80,00
6	68	3,57	25	19	12	63,16
7*	23	0,92	18	21	19	90,48
8	65	3,62	25	19	10	52,63
9*	8	0,41	8	7	7	100
10	22	1,22	15	10	5	50,00
11*	30	1,48	29	29	25	86,21
12	174	9,17	32	26	19	73,08
13*	49	2,19	43	48	42	87,50
14	221	11,31	37	32	18	56,25
15*	20	1,07	21	19	17	89,47
16	78	4,23	27	20	11	55,00
17*	49	2,09	41	47	44	93,62
18	395	20,48	67	52	32	61,54
19*	56	2,50	49	53	45	84,91
20	124	6,67	30	23	14	60,87
21	20	1,12	22	20	19	95,00
22	54	2,60	22	28	17	60,71
23*	61	2,75	54	59	54	91,53
24	199	10,34	34	21	15	71,43
25*	15	0,71	14	12	10	83,33
26	30	1,63	18	18	9	50,00
27	4	0,15	3	4	3	75,0
28	9	0,51	9	5	4	80,0
29*	17	0,76	15	12	10	83,3
30	97	4,99	28	20	14	70,0
N	1.950	100	736	661	500	74,27

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).
Nota: [1] A diferença entre Nh e nh nos estratos certos é devido à inclusão destas CTs no estudo-piloto. Contudo, quinze instituições que participaram na versão de teste do estudo foram posteriormente incluídas na amostra. Os estratos contendo CTs selecionadas para o estudo-piloto estão identificados com asteriscos.

A tabela A.3 sugere que taxas de colaboração entre as macrorregiões alcançada pelo estudo são relativamente homogêneas. Contudo, a região Sul apresenta uma pequena margem positiva ao passo que a região Norte, uma pequena margem negativa.

TABELA A.3
Taxas de cooperação por macrorregião geográfica

REGIÃO	Nh	% Nh	nh	RETORNO	% RETORNO
NO	130	6,67	56	37	71,02
NE	322	16,51	112	85	75,40
SE	812	41,64	218	164	73,90
SU	514	26,36	204	164	77,41
CO	172	8,82	71	50	73,61
N	1.950	100	661	500	74,27

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

A tabela A.4 apresenta a distribuição de CTs amostradas em cada categoria de Regic (modificada) com a sua respectiva taxa de resposta. As CTs localizadas em áreas de metrópole/capital regional colaboraram, na média, mais que as CTs localizadas em outras áreas de influência.

TABELA A.4
Taxas de cooperação por Regic

REGIC	Nh	% Nh	nh	RETORNO	% RETORNO
Centro local/zona	619	31,74	246	180	69,89
Centro sub-regional	234	12,00	125	91	75,52
Metrópole/capital	1097	56,26	290	229	77,39
N	1.950	100	661	500	74,27

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Por fim, a tabela A.5 mostra que o critério de financiamento foi um fator relevante para cooperação com este inquérito.

TABELA A.5
Taxas de cooperação por condição de financiamento pela Senad

CONDIÇÃO DE FINANCIAMENTO	Nh	% Nh	nh	RETORNO	% RETORNO
Financiadas	371	19,03	347	308	87,45
Não financiadas	1579	80,97	314	192	61,08
N	1.950	100	661	500	74,27

Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

REFERÊNCIAS

CHRISTALLER, W. **Central places in Southern Germany**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1966.

CORRÊA, R. L. **Estudos sobre a rede urbana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

GROVES, R. M. *et. al.* **Survey methodology**. Hoboken: Wiley, 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Regiões de Influência das Cidades (Regic)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/PVwYJn>. Acesso em: 22 nov. 2015.

CLASSIFICAÇÃO DOS GRUPOS RELIGIOSOS SEGUNDO O IBGE (2010)

A classificação de religiões foi realizada pelo IBGE, em parceria com o Instituto de Estudos da Religião (Iser), para o Censo Demográfico 2000. Posteriormente, foram feitas atualizações para o Censo Demográfico 2010.[5]

- Católica Apostólica Romana
- Católica Apostólica Brasileira
- Católica Ortodoxa
- Evangélicas
  - √ Evangélicas de missão
    - Igreja Evangélica Luterana
    - Igreja Evangélica Presbiteriana
    - Igreja Evangélica Metodista
    - Igreja Evangélica Batista
    - Igreja Evangélica Congregacional
    - Igreja Evangélica Adventista
    - Outras evangélicas de missão
  - √ Evangélicas de origem pentecostal
    - Igreja Assembleia de Deus
    - Igreja Congregação Cristã do Brasil
    - Igreja O Brasil para Cristo
    - Igreja Evangelho Quadrangular
    - Igreja Universal do Reino de Deus
    - Igreja Casa da Benção
    - Igreja Deus é Amor
    - Igreja Maranata
    - Igreja Nova Vida
    - Evangélica Renovada, não determinada
    - Comunidade evangélica
    - Outras igrejas evangélicas de origem pentecostal
    - Evangélica não determinada
- Outras cristãs
- Outras religiosidades cristãs
- Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
- Testemunha de Jeová Espiritualista
- Espírita
- Umbanda

5. Ver: O *Suplemento Características* gerais da população, religião e pessoas com deficiência de IBGE (2010).

- Candomblé
- Outras declarações de religiosidades afro-brasileiras
- Judaísmo
- Hinduísmo
- Budismo

REFERÊNCIA

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Censo Demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://goo.gl/N7wC6J>. Acesso em: 17 mar. 2016.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação
Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão
Everson da Silva Moura
Leonardo Moreira Vallejo

Revisão
Clícia Silveira Rodrigues
Idalina Barbara de Castro
Marcelo Araujo de Sales Aguiar
Marco Aurélio Dias Pires
Olavo Mesquita de Carvalho
Regina Marta de Aguiar
Reginaldo da Silva Domingos
Alessandra Farias da Silva (estagiária)
Lilian de Lima Gonçalves (estagiária)
Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza (estagiário)
Paulo Ubiratan Araujo Sobrinho (estagiário)
Pedro Henrique Ximendes Aragão (estagiário)

Editoração
Bernar José Vieira
Cristiano Ferreira de Araújo
Danilo Leite de Macedo Tavares
Jeovah Herculano Szervinsk Junior
Leonardo Hideki Higa
Herllyson da Silva Souza (estagiário)

Capa
Danielle de Oliveira Ayres
Flaviane Dias de Sant'ana

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 2026-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Logotipo/slogan de governo removido em observancia ao disposto no art. 40 da Lei n 9.504/1997

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO,
DESENVOLVIMENTO E GESTÃO