

IMPOSIÇÃO DA FÉ COMO POLÍTICA PÚBLICA: AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO RIO DE JANEIRO



cesec

Centro de Estudos de Segurança e Cidadania

**IMPOSIÇÃO DA FÉ
COMO POLÍTICA
PÚBLICA:
AS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS
NO RIO DE JANEIRO**



Centro de Estudos de Segurança e Cidadania

EQUIPE

Coordenação geral

Julita Lemgruber

Coordenação executiva

Paula Napolião

Pesquisa

Primeira fase

Giulia Castro

Paula Napolião

Jéssica Farias

Pesquisa de campo

Giulia Castro

Paula Napolião

Consultoria

Maurício Fiore

Gerência de projetos

Ana Paula Andrade

SOBRE ESTE RELATÓRIO

Revisão

Leonarda Musumeci

Ilustrações

Renato Cafuzo

Design Gráfico

Refinaria Design

Realização



Centro de Estudos de Segurança e Cidadania

Apoio



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Imposição da fé como política pública: as comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro /
Julita Lemgruber, Paula Figueiredo Napolião, Giulia de Castro Lopes de Araujo ;
ilustração Renato Cafuzo. – Rio de Janeiro : CESeC, 2022.

45 p.

ISBN: 978-85-5969-016-3

1. Política públicas de drogas. 2. Comunidades terapêuticas (Rio de Janeiro, RJ).

I. Napolião, Paula Figueiredo. II. Araujo, Giulia de Castro Lopes de. III. Cafuzo, Renato.

IV. Título.

CDD-616.89

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213

(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático: 1. Comunidades terapêuticas : Rio de Janeiro 616.89

Introdução	6
A pesquisa.....	10
Comunidades terapêuticas no Brasil	13
As CTs no Rio de Janeiro	18
Enquadramento legal.....	20
Localização e entorno.....	22
Tamanho e composição das equipes.....	23
Quem é “acolhido”?.....	25
Rotina e religião.....	28
Adesão voluntária?.....	31
Acompanhamento médico e psicossocial.....	33
A “modernização” no discurso e na prática	35
Financiamento	40
Doações.....	41
Recursos Públicos.....	42
Comunidades terapêuticas e o Estado	44
Conclusão	48

INTRODUÇÃO

A noção de que o consumo global de drogas pode ser drasticamente reduzido pela contenção dos usuários está na base dos chamados “tratamentos de alta exigência” que estabelecem como critério a suspensão imediata e absoluta do uso de substâncias psicoativas.

Essa é apenas uma entre muitas formas possíveis de abordar a questão do uso problemático de drogas e não há evidência de que seja a mais eficaz. Mesmo assim, é a estratégia que mais tem ganhado terreno na área da política de drogas no país, sobretudo considerando-se o apoio do Estado às comunidades terapêuticas (CTs) – instituições privadas, na maioria com forte viés religioso, não ligadas ao Sistema Único de Saúde nem ao Sistema Único de Assistência Social, e alvo de denúncias de violações de direitos humanos.¹

Trata-se de entidades que, segundo a definição oficial, têm por base a convivência entre pares e acolhem temporariamente pessoas com uso problemático de drogas em residências que se propõem terapêuticas. No Brasil, as primeiras CTs surgiram ao longo dos anos 1960 e 70, cresceram de forma significativa a partir da década de 1990 e tomaram especial impulso nos anos 2010.² Desde o lançamento do programa federal “Crack, é possível vencer”, em 2011, a abstinência e o isolamento social tornaram-se eixo privilegiado da política nacional de drogas no Brasil e o governo passou a financiar vagas em comunidades terapêuticas para “pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas”.³

Ampliação ainda maior do incentivo às CTs vem ocorrendo durante a gestão Bolsonaro: no início de 2018, o governo federal financiava 2.900 vagas; em dezembro de 2021, esse número saltara para 10.657 e a meta era chegar a 24.320 vagas em 2022. Até 2018, o montante transferido a tais entidades era, em média, de R\$ 40 milhões por ano, enquanto o valor repassado pelo atual governo em 2020-21 foi de 193,2 milhões de reais, ou seja, uma média anual de quase 97 milhões.⁴

¹ Inspeções do Conselho Federal de Psicologia em 2011 e 2017 identificaram violações de direitos básicos nas CTs visitadas, entre as quais restrição de contato com familiares, privação de sono, supressão de alimentação e violação de correspondência. Ver Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP, 2012; *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília: CFP, 2018. Disponíveis em: <https://bit.ly/36VbVf1> e <https://bit.ly/3DDUT0N>. ↗

² ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2309-19, 2009. Disponível em <https://bit.ly/3L3TEeo>. ↗

³ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Na verdade, isso já estava previsto na Lei de Drogas de 2006 (11.343/06), que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Tal lei prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Como destaca Lemgruber (2021), estabeleceram-se aí novos parâmetros para a criminalização do porte de drogas ilícitas no Brasil, apostando-se numa “despenalização” da posse para consumo pessoal, em que a prisão é substituída por advertência, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa. Mas, por não estabelecer critérios objetivos de distinção entre uso e tráfico, e na maior parte dos casos contar apenas com o depoimento de policiais, além de aumentar as penas para delitos relacionados a drogas, a legislação resultou no crescimento exponencial da população carcerária brasileira. ↗

⁴ “Governo Federal amplia vagas financiadas em comunidades terapêuticas no Tocantins”. *Gov.br/Notícias*, 09/12/2021. Disponível em: <https://bit.ly/3JEN9ND>. ↗

A aposta num único método para lidar com fenômeno tão complexo, que envolve questões individuais, sociais e econômicas, representa um perigoso estreitamento do repertório de possibilidades de assistência aos que fazem uso problemático de drogas, cujas condições e necessidades são, por definição, diversas. Essa opção torna-se ainda mais discutível quando governos delegam a tarefa a entidades de contornos indeterminados e constituição ambígua, mistos de clínica e igreja, despejando nelas grande volume de recursos públicos sem contrapartida da avaliação sistemática de resultados ou da fiscalização efetiva do seu funcionamento.⁵

Por outro lado, a insuficiência dos serviços públicos com abordagens alternativas, agravada por essa orientação exclusivista, faz com que as CTs sejam muitas vezes o único recurso a que pessoas pobres têm acesso quando se encontram em situações extremas relacionadas ao uso problemático de drogas. Assim, quer pelo fato de terem-se tornado o principal objeto de investimento do governo federal – e, crescentemente, de outros níveis governamentais –, quer pela importância que assumiram na vida de tantas famílias que buscam na internação uma maneira de lidar com o problema, é fundamental que se conheça melhor o funcionamento das CTs.

Esforços nesse sentido já vêm sendo realizados. Em dois mapeamentos, o Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) traçou o perfil das comunidades terapêuticas no Brasil⁶ e algumas análises qualitativas têm verificado mudanças na abordagem do uso problemático de drogas, procurando compreender o crescimento das CTs sob vários pontos de vista, como as disputas em torno do modelo de atenção a usuários, a base moral-religiosa do “tratamento” oferecido pelas CTs, o incentivo a tais entidades proveniente dos recursos públicos e a efetividade da atuação dos órgãos fiscalizadores.

De modo geral, as avaliações da literatura são críticas, sobretudo quanto à eleição desse modelo como base de políticas públicas. Pesquisas registram o questionamento de diversos atores sociais e agentes institucionais frente a uma forma de “cuidado” incompatível com as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, baseadas no respeito à liberdade do usuário, na pluralidade de abordagens, na assistência em equipamentos próximos aos locais de moradia e/ou trabalho, e na lógica da redução de danos.⁷ Outros estudos discutem o modelo de isolamento/abstinência total como parte de um projeto de “transformação do eu” assentado em parâmetros morais e religiosos que associam a “dependência química” à fraqueza e/

⁵ RUI, T; FIORE, M. (eds). *Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil*. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021. Disponível em <https://bit.ly/3JfeqPH>. ↗

⁶ IPEA. *Comunidades terapêuticas no Brasil: contornos, funções e objetivos*. *Boletim de Análise Político-Institucional*, n. 6. Brasília, 2014. Disponível em <https://bit.ly/3Myh1wQ>; IPEA. *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Nota Técnica nº 21), março de 2017. Disponível em <https://bit.ly/37M7eVb>. ↗

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <https://goo.gl/tVPqgg>. Segundo definição da International Harm Reduction Association, a redução de danos complementa outras medidas para diminuir o consumo de drogas. Baseia-se na compreensão de que muitas pessoas continuam usando as substâncias apesar dos esforços para prevenir seu consumo, seja porque não conseguem ou porque não querem parar de usá-las. Ver IHRA, *O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos*, 2010, p. 8. Disponível em: <https://bit.ly/3kba2xX>. Como exemplo de pesquisas sobre as atuais políticas para usuários, ver SANTOS, Maria Paula Gomes dos. *Comunidades terapêuticas e a disputa entre modelos de atenção e cuidado a usuários de drogas*. *Boletim de Análise Político-Institucional: política de drogas*. Brasília: Ipea, n. 18, p. 82-89, dez. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/37U7ph7>. ↗

ou ao desvio moral. A “espiritualidade”, quase invariavelmente presente no “tratamento” de usuários em CTs, seria, assim, uma via para o exercício da catequese por parte de entidades na maioria diretamente ligadas a igrejas cristãs.⁸

Na área do orçamento público, um trabalho recente analisa a evolução dos recursos federais direcionados às comunidades terapêuticas no país e mostra que, entre 2010 e 2019, houve oscilações anuais, com um pico de repasses em 2014 (104 milhões de reais) e outro em 2018 (119 milhões), num período de significativa redução de verbas para os serviços públicos de base comunitária no campo da saúde mental, álcool e outras drogas.⁹ Ou seja, que o apoio governamental às CTs tem crescido em um cenário no qual se percebe o esvaziamento dos outros modelos de assistência aos usuários problemáticos de substâncias psicoativas.¹⁰ Outro levantamento aponta uma injeção em comunidades terapêuticas de R\$ 300 milhões entre 2017 e 2020, considerando apenas as transferências federais diretas, e de R\$ 560 milhões quando se acrescentam os valores repassados via governos estaduais e prefeituras. Indica ainda que a atual política de financiamento de CTs apresenta déficits de planejamento, controle e avaliação, não havendo nem uma padronização mínima do tipo de serviço contratado, nem transparência nos gastos ou nos objetivos esperados em termos de impacto e efetividade.¹¹

O registro de diversas violações de direitos nesses espaços traz também para primeiro plano o problema da fiscalização falha ou leniente.¹² Uma pesquisa verificou, por exemplo, que a atuação da Vigilância Sanitária (principal órgão encarregado da fiscalização das CTs nos municípios) tem sido muito pouco efetiva, visto que o órgão tem afrouxado exigências que permitem que instituições irregulares continuem funcionando, mesmo depois de inspecionadas. Com a justificativa de que, para o usuário de drogas, qualquer lugar é melhor do que a rua, a Vigilância estaria agindo nesse terreno de forma mais “parceira” e permissiva do que propriamente fiscalizadora.¹³

⁸ Ver LOECK, J. F. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. In: SANTOS, M. P. G. (Org.). *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3rEINzW>; RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface* ■ *Comunicação, Saúde, Educação* [online], v. 19, n. 54, pp. 515-526, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3JUCHBG> ↗

⁹ WEBER, R. O financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. In: RUI, T; FIORE, M (editores). *Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil, op. cit.*; CONECTAS/CEBRAP. *Levantamento sobre financiamento público de Comunidades Terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. Disponível em <https://bit.ly/3sgbJ1B> ↗

¹⁰ Sobre o esvaziamento da reforma psiquiátrica como um todo no Brasil, ver CRUZ, Nelson *et al.* Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*. v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3EXrQpS> ↗

¹¹ CONECTAS/CEBRAP. *Levantamento sobre o investimento em comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. São Paulo, 2022. Disponível em <https://bit.ly/3sgbJ1B> ↗

¹² Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP, 2012; *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília: CFP, 2018. Disponíveis em: <https://bit.ly/36VbVf1> e <https://bit.ly/3DDUT0N> ↗

¹³ LOECK, J. F. A fiscalização das comunidades terapêuticas pela vigilância sanitária municipal e suas implicações práticas: o caso de um município brasileiro de grande porte. In: RUI, T; FIORE, M (editores). *Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil, op. cit.* ↗

A pesquisa cujos resultados aqui se apresentam procura responder a algumas perguntas centrais: quais são e como operam as comunidades terapêuticas da cidade do Rio de Janeiro que estão habilitadas a receber recursos públicos (federais, estaduais ou municipais) e como operadores dessas entidades dizem estar respondendo às exigências legais para obterem certificações e concorrerem a editais de financiamento de vagas.¹⁴

Nas entrevistas com dirigentes e membros das equipes das CTs¹⁵ visitadas pela equipe da pesquisa apareceu com frequência a ideia de que estaria havendo uma espécie de transição de um modelo assentado na prática religiosa e em experiências individuais dos gestores para um modelo mais “técnico”, segundo a definição dos próprios entrevistados. O movimento de consolidação das CTs como principal aposta do poder público para lidar com o uso problemático de drogas está exigindo de tais entidades, ao menos em tese, a adaptação a um conjunto de requisitos que destinatários de recursos públicos devem preencher. Ou seja, haveria teoricamente um efeito benéfico, “modernizador”, na institucionalização das comunidades terapêuticas, transportando-as do limbo privado e confessional para o espaço das políticas públicas, supostamente mais transparentes e racionais. Entretanto, como se verá, as observações feitas nas nossas visitas e o material bibliográfico consultado sugerem que o novo cenário pode estar provocando alguma adaptação no discurso, nas práticas e nas percepções dos operadores das CTs, mas que se trata de ajustes superficiais, que pouco transformam substancialmente os pressupostos ou os modos de funcionamento dessas instituições.

É importante ressaltar, por outro lado, que a visão crítica assumida neste trabalho e em boa parte da literatura não impossibilita reconhecer a grande heterogeneidade existente no campo das instituições denominadas “comunidades terapêuticas”, nem de perceber que, a despeito das suas muitas contradições e ambiguidades, tais instituições têm respondido a uma demanda proveniente de indivíduos e famílias pobres que, por convicção própria ou por falta de alternativas, encontram no isolamento social e na abstinência um meio de enfrentar situações de grande sofrimento relativas ao uso problemático de drogas.¹⁶ Tampouco impede de reconhecer o esforço bem intencionado de operadores, muitas vezes voluntários, que se dedicam a acolher e, dentro de suas limitadas possibilidades, “tratar” pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social e econômica. As críticas aqui apresentadas não se dirigem a esses esforços e sim, sobretudo, à pertinência de se transformar as CTs – instituições privadas de base mais religiosa do que técnico-científica – em modelo privilegiado das políticas públicas para usuários de drogas.

¹⁴ Como se verá mais adiante, o funcionamento de CTs requer certificados emitidos pelo Conselho Municipal Antidrogas e pela Vigilância Sanitária. 

¹⁵ Como recurso para não identificar individualmente as CTs, elas serão referidas no trabalho por letras de “A” a “I”, que não correspondem à sequência das instituições descritas no Anexo. Da mesma forma, os nomes de entrevistados e de pessoas eventualmente citadas nas entrevistas foram substituídos por nomes fictícios. 

¹⁶ Cf. RUI, T; FIORE, M. O fenômeno das comunidades terapêuticas no Brasil: experiências em zonas de indeterminação. In: RUI, T. FIORE, M. (eds.). *Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil*. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3JfeqpH>. 

A PESQUISA

Formulado no início de 2020, o projeto foi afetado pela pandemia de Covid 19, que obrigou a adiar as visitas às CTs e as entrevistas presenciais com atores-chave do campo estudado. A primeira etapa da pesquisa consistiu, então, num mapeamento pela internet das comunidades existentes no Estado do Rio de Janeiro e na realização de entrevistas exploratórias por vídeo ou telefone com os dirigentes de algumas delas, assim como com agentes públicos envolvidos na fiscalização das CTs ou atuantes na Rede de Atenção Psicossocial.¹⁷

Pesquisando sites e páginas de redes sociais, identificaram-se 109 CTs em 16 municípios fluminenses, sendo 38 delas na cidade do Rio. Embora alto, esse número não abrange a totalidade das instituições do gênero, nem representa estatisticamente o conjunto das que funcionavam no estado do Rio de Janeiro em 2020. Um dos problemas do levantamento pela internet é que, dependendo do perfil da entidade, varia muito o volume de informações disponíveis. Enquanto as CTs maiores costumam manter sites atualizados, as menores via de regra apresentam apenas alguns dados básicos em perfis de redes sociais. E provavelmente há várias outras CTs ou entidades similares no estado que sequer aparecem na internet.

Não existem pesquisas recentes que dimensionem o universo de CTs no Rio de Janeiro ou no Brasil. O levantamento do Ipea, de 2017, traça o perfil das CTs no país, mas baseia-se num cadastro realizado em 2009, que identificara, no total, quase duas mil comunidades, sendo 75 localizadas no Rio de Janeiro.¹⁸

O número atual, entretanto, é desconhecido. Foram realizadas inicialmente entrevistas semiestruturadas, por telefone ou vídeo, com 24 dirigentes de CTs de 16 municípios fluminenses e três funcionários de órgãos reguladores e fiscalizadores (Vigilância Sanitária do Município do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Prevenção à Dependência Química do Estado do Rio e Coordenadoria de Cuidado e Prevenção às Drogas do Município do Rio). O objetivo era traçar um panorama preliminar de quais são e como funcionam tais entidades; qual a percepção de seus dirigentes sobre o trabalho que fazem e qual seu posicionamento frente à transformação das CTs em instrumentos de política pública. Essa etapa inicial da pesquisa incluiu também a identificação dos editais e dos recursos para financiamento de CTs lançados pela prefeitura do Rio, assim como o levantamento das mais de cem propostas legislativas envolvendo políticas de drogas apresentadas na Assembleia Legislativa do estado durante o período de janeiro de 2015 a setembro de 2020. Entrevistaram-se ainda dois deputados estaduais com posições opostas em relação

**A PESQUISA
IDENTIFICOU
109 COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS
EM 16 MUNICÍPIOS
FLUMINENSES, SENDO
38 NA CIDADE DO RIO**

¹⁷ Rede que articula equipamentos e serviços diversos na área de assistência pública à saúde mental, com ênfase num modelo de atenção aberto e de base comunitária. Ver nota 29, adiante. ↗

¹⁸ IPEA. *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*, 2017, op. cit, p. 12. ↗

DAS 22 CTS DO MUNICÍPIO DO RIO HABILITADAS PARA RECEBER RECURSOS PÚBLICOS, NOVE FORAM VISITADAS PELA EQUIPE DE PESQUISA

ao tema das drogas e coletaram-se pronunciamentos públicos do deputado que presidiu a “CPI do crack” na Alerj em 2015, momento de grande impulso à formalização das comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro. O intuito desse levantamento era mapear recursos, personagens e projetos envolvidos na disputa pela ampliação ou não do espaço das CTs nas políticas voltadas a usuários de drogas.¹⁹

O avanço da cobertura vacinal contra a Covid 19, a partir de setembro de 2021, permitiu passar à segunda etapa da pesquisa, com a realização de visitas e entrevistas presenciais. Desta vez, porém, restringiu-se o foco às CTs do município do Rio de Janeiro habilitadas a receber financiamento público federal, estadual ou municipal. O recorte geográfico foi estreitado em função das dificuldades de deslocamento até outros municípios; por seu turno, a opção de visitar apenas CTs aptas a receber verbas públicas derivou da tentativa de entender como tais entidades vêm (ou não) respondendo às exigências da legislação em vigor e como gestores e profissionais que nelas atuam percebem o processo de transformação das suas instituições em objeto de financiamento do Estado.

Na seleção dessas unidades, consideraram-se quatro editais em vigor no período da pesquisa:²⁰ o 01/2018, do Ministério da Justiça; o 17/2019, do Ministério da Cidadania; o 01/2019, da Secretaria Municipal de Ordem Pública do Rio de Janeiro e o 01/2020, da Secretaria Estadual de Saúde. Vinte e duas CTs do município do Rio foram habilitadas nesses editais, sendo que duas delas atuam com mais de uma unidade. Vale ressaltar que o fato de uma CT ter sido habilitada não implicava que já estivesse recebendo o financiamento no momento da visita; em sua maioria, os contratos ainda não haviam sido firmados ou os pagamentos estavam atrasados.

Dez das 22 unidades foram selecionadas para visita, sendo que nove gestores concordaram em participar da pesquisa e apenas um recusou-se a receber a equipe, alegando que a unidade estava em obras. As visitas estenderam-se por três meses e consistiram em percorrer os espaços físicos das CTs e entrevistar, no próprio local, dirigentes e outros integrantes das equipes de trabalho presentes naquele momento. As características básicas das nove unidades estão resumidas no Anexo.

Embora não tenha havido restrições a que fizéssemos contato com os internos das CTs e embora as visitas presenciais tenham possibilitado observá-los em diversos momentos, espaços e atividades,²¹ optamos por concentrar o foco das entrevistas na autopercepção dos gestores e funcionários sobre o trabalho que realizam. Buscou-se entender prioritariamente como tais atores enxergam a atuação das CTs; quais as suas

¹⁹ A análise do material legislativo – como base para delinear o campo de disputa política em torno do tema das drogas nos últimos anos e indicar os caminhos que levaram as comunidades terapêuticas a ganhar centralidade nas estratégias do estado e do município – ficou adiada para um trabalho posterior, desdobramento deste, em que se buscará adicionalmente ampliar contatos com parlamentares da Alerj para discutir os rumos da política de drogas no estado. ↗

²⁰ O edital 37/2021, da Secretaria Municipal de Assistência Social, foi lançado em outubro de 2021 e teve seu resultado divulgado em dezembro, data na qual já havíamos encerrado as visitas. De qualquer forma, as CTs habilitadas neste chamamento público já constavam de editais anteriores ou eram unidades de redes de CTs que também já haviam sido habilitadas. ↗

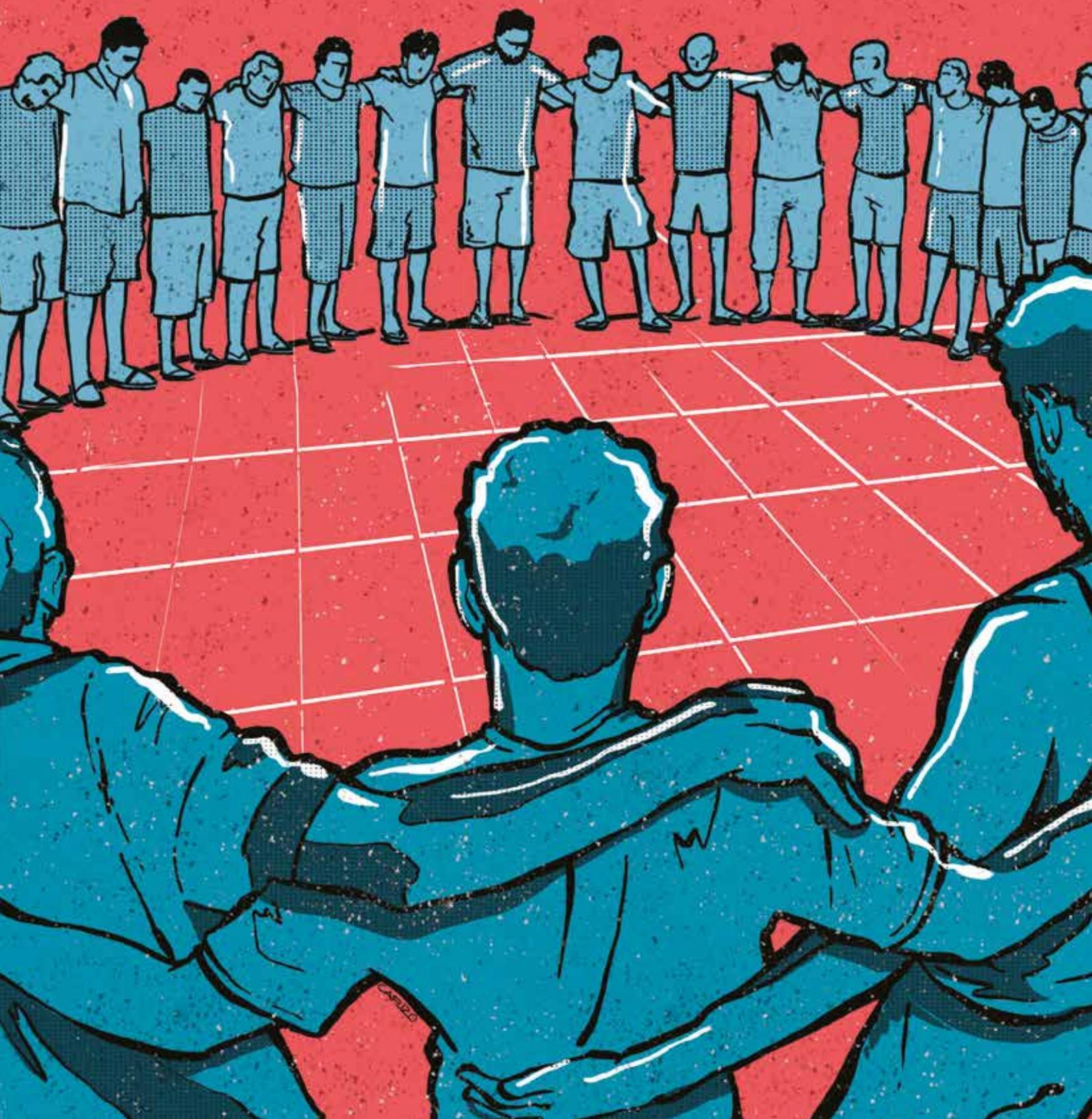
²¹ Em duas ocasiões, os próprios internos guiaram as pesquisadoras para conhecer as dependências das CTs. ↗

reações às exigências dos editais de financiamento e à atuação dos órgãos de fiscalização; quais as suas opiniões sobre o consumo de drogas, o “tratamento” baseado na abstinência e as abordagens alternativas, e como conciliam a dimensão moral-religiosa quase sempre presente nesse “tratamento” com a racionalidade técnico-científica na qual, ao menos em tese, deveriam inspirar-se as políticas públicas voltadas a usuários de substâncias psicoativas.

Os discursos aqui analisados expressam, portanto, a perspectiva dos operadores, que muitas vezes traduzem o posicionamento institucional ou o que imaginam que ele deveria ser, exibindo incongruências e oscilações frente à “modernização” supostamente implicada na transformação de tais entidades em instrumento de políticas públicas. Esperamos que os resultados desta pesquisa, focada unicamente nos operadores, venham a ser complementados e ampliados no futuro por outros trabalhos que procurem captar as experiências e percepções das próprias pessoas “acolhidas” pelas CTs.

Os primeiros contatos com dirigentes e outros membros das equipes deram-se por meio de ligações telefônicas ou mensagens de *WhatsApp*. Quase sempre a resposta foi rápida e, com exceção da recusa já mencionada, todos foram solícitos e mostraram-se interessados em participar do estudo. Essa postura aberta, nem sempre verificada em pesquisas de campo, parece estar relacionada à necessidade de divulgar o trabalho feito nas CTs, além de sustentar o discurso de que elas realizam uma tarefa fundamental e de utilidade pública. Confirmando o que aponta a literatura sobre o tema, foi possível perceber na pesquisa uma grande heterogeneidade entre as CTs, que coloca em questão o próprio rótulo de “comunidade terapêutica” genericamente utilizado para defini-las como instrumento de políticas para usuários problemáticos de drogas. Mesmo dentro do universo restrito das CTs visitadas, todas aptas a receber recursos governamentais, o termo adquire significados diversos no discurso dos operadores e parece continuar servindo como um amplo guarda-chuva para abrigar espaços, orientações e atividades muito variados, a despeito da padronização supostamente promovida pelo processo de habilitação. O texto a seguir está organizado em quatro seções. Na primeira, traça-se o contexto histórico de surgimento e crescimento das comunidades terapêuticas no Brasil, com ênfase no aparato burocrático e legal criado nas últimas décadas para transformar essas instituições privadas em instrumento de políticas públicas. A segunda seção apresenta um panorama das CTs visitadas pela pesquisa: aborda desde características dos espaços em que elas operam até os tipos de pessoas “acolhidas” e de “tratamentos” propostos, passando pela composição das equipes de trabalho, pelas atividades realizadas e pelo caráter voluntário ou não da internação e da adesão a práticas religiosas. Na terceira, focalizam-se percepções e opiniões de dirigentes e membros das equipes das CTs visitadas frente à regulamentação e à atuação dos órgãos fiscalizadores. Na quarta e última seção, a partir de informações dos entrevistados, mostra-se como tais instituições são mantidas, com destaque para doações de igrejas e pessoas físicas, além do financiamento público por meio de editais.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL



Criadas na Inglaterra no início dos anos 1950, as chamadas comunidades terapêuticas tinham originalmente como propósito ultrapassar as práticas psiquiátricas tradicionais sem, contudo, abandonar a institucionalização. Ao longo dos anos, a proposta se modificou, mas manteve em sua essência a noção de que é necessário retirar o indivíduo do seu meio social e isolá-lo temporariamente num ambiente terapêutico favorável à recuperação. Desenvolvidas a partir de iniciativas não governamentais e largamente disseminadas em todo o mundo como meio de tratamento para usuários de drogas, as CTs poderiam ser caracterizadas, segundo a definição do Ipea, como instituições que

...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 [substâncias psicoativas]. 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 (itálicos nosso).²²

No Brasil, elas surgiram durante a década de 1970 e multiplicaram-se a partir dos anos 1990, em consonância com a orientação neoliberal de estímulo à iniciativa privada e às instituições filantrópicas, no lugar da ação social direta do Estado. Mas, ao mesmo tempo, a inclusão do uso problemático de drogas na agenda da Reforma Psiquiátrica deu força a serviços públicos de base territorial e antimanicomial como os CAPSad (Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) e outras formas de atendimento sem internação e sem obrigatoriedade de abstinência.²³ Com efeito, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, sancionada pelo presidente da república em 2003, valorizava a multiplicidade de abordagens ao problema e reconhecia a singularidade de perfis e demandas dos diferentes usuários, além da necessidade de respeitar seus direitos e decisões. Dessa perspectiva, a abstinência não era vista como caminho único, a ser imposto por políticas públicas, mas uma escolha entre outras, num repertório variado que incluía, por exemplo, diversas estratégias de redução de danos. Até 2009, o aumento dos recursos federais alocados em programas de saúde mental, álcool e outras drogas correspondeu a um crescimento expressivo das ações extra-hospitalares e comunitárias, assim como à expansão e interiorização dos equipamentos de saúde e assistência.²⁴

Entretanto, o avanço do discurso sobre uma suposta “epidemia de crack” no país fez com que a tendência antimanicomial se defrontasse crescentemente com a perspectiva oposta, acirrando-se a disputa pela orientação das políticas e pelas verbas públicas, com a balança pendendo cada vez mais, sobretudo a partir de 2011, para o viés da

²² IPEA. *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*, 2017, *op. cit.* ↗

²³ GOMES, T. M. S. Reflexões sobre o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil neoliberal. In: DUARTE, M. J. O; PASSOS, R.G.; GOMES, T. M. S. *Serviço social, saúde mental e drogas*. Campinas: Papel Social, 2017. ↗

²⁴ WEBER, R. O financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. In: RUI, T.; FIORE, M (eds.). *Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil*, *op. cit.* ↗

“remanicomialização”.²⁵ Já em 2010, as comunidades terapêuticas haviam começado a receber recursos federais na forma de contratação de vagas para “acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substância psicoativa”²⁶ e, em 2011, a entrada em vigor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack²⁷ deu forte impulso a esse tipo de financiamento, que configurou, a partir daí, uma linha contínua de consolidação das CTs como política pública. Também em 2011, as CTs foram incluídas na Rede de Atenção Psicossocial como “equipamentos de atenção residencial de caráter transitório”.²⁸

Embora já recebessem recursos públicos, só em 2015 tais entidades foram regulamentadas pelo Conselho Nacional Sobre Drogas (CONAD), que as definiu como “pessoas jurídicas, sem fins lucrativos” que “realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa” e especificou os seguintes padrões normativos:

1. adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sociofamiliar e econômica do acolhido; II – ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares; III – programa de acolhimento; IV – oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12 desta Resolução; V – promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa.²⁹

O documento determinava ainda obrigações e restrições às comunidades terapêuticas, que deveriam: permitir a visita de familiares; respeitar direitos humanos; não aplicar contenção física ou medicamentosa nem manter trancas ou grades; dispor de equipe de atendimento multidisciplinar com capacitação permanente; elaborar planos, programas e relatórios; comunicar aos órgãos de saúde e proteção social atuantes no território o início e o fim de cada “acolhimento”; observar normas de segurança sanitária e acessibilidade; fornecer alimentação, condições de higiene e alojamentos adequados.³⁰

²⁵ GUIMARÃES, T. A. A.; SANTOS, R. L. C. dos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em <https://bit.ly/3EltM5q>. ↗

²⁶ WEBER, R. O financiamento público de comunidades terapêuticas, *op. cit.* ↗

²⁷ Instituído pelo Decreto nº 7.179/2010. Disponível em <https://bit.ly/3vAp9pG>. ↗

²⁸ Portaria nº 3.088/2011. Disponível em <https://bit.ly/3xNUsQR>. A Raps articula diversos tipos de instituições e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, seguindo o princípio da atenção em saúde mental de base comunitária/territorial e a desinstitucionalização de pacientes longamente internados, destacando-se nessa estratégia os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), unidades com equipes multiprofissionais articuladas ao SUS e a outros setores como educação e assistência social. Os Caps tanto atendem diretamente quanto encaminham os pacientes a outros serviços da rede, incluindo, desde 2011, comunidades terapêuticas. Destacam-se ainda os Serviços Residenciais Terapêuticos ou Residências Terapêuticas, locais de moradia destinados a pessoas com transtornos mentais egressas de longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem (vale ressaltar que, a despeito do nome semelhante, os SRTs não têm relação nem afinidade com o que é comumente denominado “comunidade terapêutica”). ↗

²⁹ Resolução CONAD nº 01/2015. Disponível em <https://bit.ly/3MsOCzL>. ↗

³⁰ *Idem.* ↗

O ano de 2019 marca uma forte acentuação da tendência de apoio do Estado brasileiro à “remanicomialização” da saúde mental, particularmente no tratamento do uso de drogas. A nova Lei de Drogas, publicada nesse ano,³¹ alterou a legislação que materializava importantes conquistas da Reforma Psiquiátrica e a nova Política Nacional sobre Drogas passou a mencionar as CTs explicitamente como objeto não só de regulamentação, mas também de incentivo financeiro.³² No mesmo ano, em nota técnica confirmadora dessa política, o Ministério da Saúde praticamente “revoga” a orientação da multiplicidade de abordagens e apoia de forma aberta a exigência de abstinência como forma de tratamento para pessoas com uso problemático de drogas. Para colocá-la em prática, recomenda o recurso prioritário a hospitais psiquiátricos, clínicas de reabilitação e comunidades terapêuticas.³³

Como já mencionado, o repasse de verbas federais às CTs por meio de contratos administrativos aumentou significativamente na gestão Bolsonaro, o que mostra que essas entidades tornaram-se uma aposta privilegiada do atual governo no campo das políticas públicas para usuários problemáticos de drogas. E não só do governo federal. No Rio de Janeiro, tanto em nível estadual quanto no municipal, a crescente prevalência da postura conservadora, assim como o *lobby* das CTs junto ao legislativo e aos órgãos governamentais, tem impulsionado o investimento de recursos públicos em tais entidades, seja por meio do financiamento de vagas – como nos últimos editais da Secretaria Estadual de Saúde, da Secretaria Municipal de Ordem Pública e da Secretaria Municipal de Assistência Social –³⁴ ou através de cursos de capacitação, seminários e ações conjuntas de fortalecimento e incentivo ao trabalho das CTs.

*

Note-se que os documentos normativos de 2015 e 2019 adotam o termo “acolhimento”, e não “tratamento”, para designar o trabalho específico das CTs. O intuito, aparentemente, é diferenciá-las das clínicas que também atendem usuários problemáticos de drogas, mas que se definem e organizam hierarquicamente nos moldes das instituições médicas. Segundo a definição oficial, o foco das CTs não é a assistência médica, e sim a convivência entre pares e a “promoção do desenvolvimento pessoal” do indivíduo.³⁵ De fato, elas não são formalmente conceituadas como *serviço de saúde*, e sim como *serviço de promoção à saúde* e, mesmo fazendo parte da Rede de Atenção Psicossocial, com a classificação de Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, não pertencem, como já dito, nem à estrutura Sistema Único de Saúde nem à do Sistema Único de Assistência Social.

³¹ Lei 13.840/19. Disponível em: <https://bit.ly/3QzTPAc>. Mesmo antes da mudança da legislação, três portarias do Ministério da Cidadania (562, 563 e 564) já haviam instituído o plano de fiscalização e monitoramento das comunidades terapêuticas, o cadastro de credenciamento e a certificação de qualidade dos cursos de capacitação para essas instituições. Para mais informações, ver as portarias 562, 563 e 564, respectivamente: <https://bit.ly/3vdoGuH>; <https://bit.ly/3Lf7Q4p>; <https://bit.ly/3MrGHLE>. ↗

³² Aprovada pelo Decreto nº 9.761/2019, que revogou o Decreto nº 4.345/2002, que instituiu a Política Nacional Antidrogas. Disponível em: <https://bit.ly/3EQVahN>. ↗

³³ Nota Técnica nº1/2019 do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bit.ly/3Ks7lxj>. ↗

³⁴ Respectivamente, edital estadual nº01/2020 (disponível em: <https://bit.ly/3EKKkzX>) e editais municipais nº 01/2019 e nº 37/2021 (disponíveis em: <https://bit.ly/37C1OfG>). ↗

³⁵ Resolução CONAD nº 01/2015, op. cit. ↗

Oficialmente são definidas como “equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas”, e integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.³⁶

A localização institucional dessas entidades nos sistemas federais é, como se vê, bastante ambígua, refletindo e ao mesmo tempo reforçando a “zona de indeterminação” em que operam e proliferam as comunidades terapêuticas no Brasil.³⁷ Como foi possível apreender nas entrevistas realizadas por esta pesquisa, a confusão conceitual está presente também na fala dos gestores e técnicos de CTs, que utilizam o termo oficial “acolhimento”, mas com grande frequência referem-se a “tratamento” e por vezes a “internação” para descrever o serviço que suas instituições oferecem.

Outro reforço às ambiguidades e contradições nesse campo é a referência dos documentos normativos à “espiritualidade” como parte do processo de “recuperação” dos usuários. Na resolução do CONAD de 2015, art. 14º, definem-se “atividades de desenvolvimento da espiritualidade” como

aquelas que buscam o *autoconhecimento e o desenvolvimento interior*, a partir da *visão holística do ser humano*, podendo ser parte do método de recuperação, objetivando o *fortalecimento de valores fundamentais* para a vida social e pessoal, assegurado o disposto nos incisos VI e VII do art. 5º da Constituição (itálicos nossos).

Não se menciona explicitamente o tema da religião, pois isso violaria a “inviolável liberdade de consciência e de crença” garantida no inciso VI da Carta de 1988, mas apresenta-se uma definição suficientemente ampla e elástica para que caibam nessas atividades a catequese e a doutrinação moral. Que essa postura esteja incluída em políticas públicas, considerando-se que a maior parte das CTs se origina de igrejas e permanece ligada a elas, parece refletir o avanço da influência de grupos religiosos na estrutura de poder do país, um fenômeno que põe em xeque o princípio democrático do Estado laico.

**NOS DOCUMENTOS
NORMATIVOS FEDERAIS,
AS CTS OCUPAM UMA
POSIÇÃO AMBÍGUA.
SÃO UM “SERVIÇO DE
PROMOÇÃO À SAÚDE”,
MAS NÃO ESTÃO
VINCULADAS AO SUS
E SEU PROCESSO DE
“RECUPERAÇÃO” DOS
USUÁRIOS INCLUI A
“ESPIRITUALIDADE”**

³⁶ Decreto nº 9.761/2019 (disponível em: <https://bit.ly/3OBG7Ni>) e Lei nº 13.840/2019 (disponível em: <https://bit.ly/3khOrDL>). ↗

³⁷ RUI, T; FIORE, M (eds.). *Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil, op. cit.* ↗



**AS CTS NO
RIO DE JANEIRO**

Tanto em âmbito estadual quanto municipal, o Rio de Janeiro vem seguindo a tendência nacional, com a criação, nos últimos anos, de diversos mecanismos de incentivo e regulamentação das CTs. No ano de 2019, durante o governo do prefeito e bispo evangélico Marcelo Crivella, foi criada a Coordenação de Cuidado e Prevenção às Drogas dentro da Secretaria de Ordem Pública (SEOP) que, junto com o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), tinha o objetivo de “realizar ações preventivas ao uso de drogas, além de participar da formulação de políticas de prevenção, tratamento e recuperação de dependentes químicos”.³⁸ A localização da Coordenadoria num órgão de segurança com atuação notoriamente repressiva e higienista mostra bem o viés da abordagem ao uso problemático de drogas no município, especialmente no que se refere aos usuários em situação de rua, com frequência “recolhidos” pela Guarda Municipal em nome da “ordem”. A presidência do Comad passou a ser ocupada pelo próprio secretário de Ordem Pública Paulo Amendola³⁹ e, para dirigir a Coordenadoria, Crivella nomeou Douglas Manassés, fundador de uma grande rede de CTs no Brasil e “embaixador de honra” da Federação das Comunidades Terapêuticas do Rio de Janeiro.⁴⁰

Durante sua gestão, Manassés trabalhou para aproximar as CTs da prefeitura municipal, por meio de articulações políticas e de iniciativas de regulamentação. Foi nesse período que ocorreu o lançamento do edital municipal de financiamento público no qual foram contratadas 225 vagas em CTs do município, totalizando o valor de 2,7 milhões de reais. Voltaremos a essas articulações no final do trabalho.

Com a mudança de prefeito no início de 2020, a Coordenação de Cuidado e Prevenção às Drogas foi transferida para a Secretaria Municipal de Assistência Social e, em 2021, lançou-se o mais recente edital de financiamento municipal para comunidades terapêuticas – o que indica que a opção de fazer dessas controvertidas entidades instrumentos da política pública para usuários já estava bastante consolidada e não sofreu interrupção com a saída do órgão da área de segurança.

É no contexto acima delineado que se inserem as comunidades terapêuticas do município observadas diretamente pela pesquisa e descritas a seguir.

³⁸ Secretaria Municipal de Ordem Pública (Seop) | Evolução organizacional. Disponível em: <https://bit.ly/3ENOLnt>. ↗

³⁹ “Prefeitura vai contratar 225 vagas em comunidades terapêuticas para tratar dependentes químicos”. Site da Prefeitura do Rio, 02/10/2019. Disponível em: <https://bit.ly/3yfuvKi>. ↗

⁴⁰ Prefeitura do Rio de Janeiro/Conselho Estratégico de Informações da Cidade. Ata da reunião de 27 de agosto de 2020. Palestrante | Douglas Manassés. Disponível em: <https://bit.ly/37JnUwF>. ↗

Enquadramento legal

Para participar dos editais de chamamento público no município do Rio, as comunidades terapêuticas devem apresentar documentos específicos, sobretudo o alvará de funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária e o certificado do Conselho Municipal Antidrogas (COMAD). Todas as organizações incluídas na pesquisa, como foi dito, detinham esses certificados e já haviam sido habilitadas por algum edital, embora apenas uma estivesse efetivamente recebendo recursos públicos no período da visita.

Apesar de serem todas obrigadas a cumprir certas normas e adequar-se aos padrões legais, há grande heterogeneidade entre essas CTs, tanto em termos de tamanho, estrutura física, localização e composição das equipes quanto no tocante aos tipos de atividades desenvolvidas e a orientação sobre o “tratamento” preconizado. Todos os entrevistados afirmaram estar adequando suas entidades a legislação vigente para a área, mas não foi exatamente o que a pesquisa revelou. Começando pelos espaços físicos, que as pesquisadoras puderam percorrer em todas as CTs, não existe qualquer padrão: das nove unidades visitadas, duas tinham amplos terrenos arborizados, com área de lazer e uma delas dispunha até de piscina e campo de futebol. Nas demais o espaço de convivência se limitava ora a salas com televisão, ora a espaços de leitura ou mesmo pequenos pátios. O número de dormitórios por unidade variava de um a três. E o de camas por dormitório oscilava entre seis e dez. Numa das CTs, encontrou-se um único quarto contendo 25 beliches, que poderiam abrigar até 50 pessoas. No entanto, o padrão normativo estabelece o limite de seis camas-beliche por quarto.

Em algumas CTs, haviam sido colocadas divisórias para tentar adequar o ambiente às normas legais, criando, por exemplo, uma sala para a coordenação, outra para a equipe técnica e outra para atendimento individual. De modo geral, os locais estavam limpos e organizados, alguns mais bem conservados que outros. Mas mesmo os espaços mais precários, do ponto de vista das condições físicas, situavam-se em CTs que haviam sido certificadas por órgãos fiscalizadores, supostamente através de visitas periódicas realizadas.

Há, ainda, de acordo com a legislação, a obrigatoriedade de manter um “responsável técnico” com ensino superior à frente da equipe atuante nas unidades. Em todas as instituições visitadas os gestores afirmaram ter esse profissional; em quatro delas, esse responsável não era o coordenador da CT nem participava da rotina da instituição, limitando-se a responder legalmente por ela, se necessário, e a assinar a documentação exigida. Quem efetivamente comanda o dia a dia é o dirigente ou “gestor”, quase sempre um dos criadores da CT, oriundo de alguma igreja e com frequência mantendo ainda uma relação próxima com instituições confessionais.

O antropólogo Jardel Loeck, em pesquisa sobre um grande município do sul do país, identificou um afrouxamento na supervisão municipal da Vigilância Sanitária destinado a facilitar os processos burocráticos de obtenção da autorização de funcionamento de CTs.⁴¹ Segundo observamos no Rio de Janeiro, a ênfase da vigilância sanitária se concentra mais na capacitação dos “gestores” por meio de cursos, palestras ou seminários, de modo a qualificá-los para cumprir as exigências dos editais, do que propriamente no rigor da fiscalização. Conforme relata um entrevistado, pode ocorrer, até mesmo, a flexibilização de certas formalidades:

O Comad chegou aqui outro dia, ela me exigiu tanta coisa, eu chamei a inspetora da inspeção [sic], e falei: “Olha só, vocês não podem fazer isso comigo; então, seja mais claro. Quer que eu feche? Quer que eu encerre esse trabalho?” (...) Aí foram revistas exatamente as exigências e tal, amenizaram, aí foi possível atender aquilo que eu poderia atender. Porque, poxa, você vê, alimentar não é fácil, vestir não é fácil, remédio não é fácil, combustível não é fácil (...), então, não tem nada fácil pra gente continuar com esse trabalho. Aí você ainda enfrenta um órgão de fiscalização com uma superexigência, querendo enquadrar a gente a nível de hospital de primeiro mundo (...). Aí eles foram entendendo, entendendo, aí desceram um pouquinho. Porque eu sei de instituições que eles fecharam. (dirigente da CT “D”)



⁴¹ LOECK, J. F. A fiscalização das comunidades terapêuticas pela vigilância sanitária municipal, *op. cit.* ↗

Localização e entorno

Seis das nove instituições visitadas localizavam-se em áreas urbanizadas (três delas em favelas) e outras três eram sítios localizados na zona oeste da cidade. Neste último caso, as unidades são de difícil acesso – o que parece dever-se não só ao custo mais baixo dos espaços, mas também à ênfase no isolamento social. A distância, as estradas de terra que se transformam em lamaçais quando chove e muitas vezes a falta de sinal de celular e internet fazem parte – deliberadamente ou não – das limitações de mobilidade e comunicação impostas aos internos e às famílias, geralmente pobres, que buscam tais entidades. Alguns gestores admitem privilegiar o isolamento geográfico como forma de garantir o isolamento social e consideram positiva a suspensão temporária dos laços familiares. Questão delicada, por exemplo, é a localização de CTs em bairros com forte atuação de facções criminosas. Duas das CTs situadas em favela estão próximas a bocas de fumo.⁴² O dirigente de uma delas agradeceu muito às pesquisadoras pela disposição de irem a um local pouco visitado, o que impede potenciais visitantes de conhecerem melhor o trabalho ali realizado.

Em algumas das nossas entrevistas, a proximidade desses espaços com facções do tráfico de drogas também apareceu como tema de discussão. Em alguns casos, havia preocupação quanto à maior facilidade de acesso às drogas para internos das CTs. Um dos técnicos da unidade que funciona exatamente ao lado de uma “boca de fumo” disse que a permanente disponibilidade das substâncias dificulta sobremaneira o trabalho, já que o tráfico também “acolhe” os usuários. Segundo ele, isso impõe aos internos uma escolha contínua, diária, uma espécie de “provação”.

Outro caso surgiu na fala de um pastor evangélico, dirigente de uma CT que funciona em favela, afirmando que a facção que domina a área “compreende” e “respeita” o trabalho da entidade e, mais que isso, ajuda a “regular” a estadia dos residentes, chegando a punir fisicamente os que tentam fugir:

Já teve caso aí deles pularem o muro aqui, de madrugada, pularam de madrugada e foram cair na mão do tráfico. Então, você imagina, alguém lá do tráfico conhecia a gente, aliviou, mas queimaram a mão dele: ‘Vamos queimar a tua mão, pra você não fazer isso, porque a instituição te dá tudo, pra você, e você faz isso’, aí queimaram ele; aí de manhã, ele chegou com a mão queimada, fomos tratar a mão dele, conversar com ele, e realmente ele errou, não deveria ter feito isso, pular o muro de madrugada pra ir atrás de droga. (gestor da CT “D”)

UM PASTOR
EVANGÉLICO,
DIRIGENTE DE UMA
DAS INSTITUIÇÕES
VISITADAS, REVELOU
QUE OS TRAFICANTES
DE DROGAS DA
ÁREA “RESPEITAM”
O TRABALHO DA
CT E ATÉ PUNEM
OS INTERNOS QUE
FOGEM DELA

⁴² “Boca de fumo”, no Rio de Janeiro, designa um ponto de venda de drogas ilícitas em geral, não apenas de drogas fumadas. ↗

Provavelmente, esse caso não configura um padrão de relações entre CTs e o tráfico, mas é estarrecedor que o dirigente de uma instituição apta a receber verbas públicas naturalize a violência de criminosos se exercida em prol da manutenção do “acolhimento”, que aliás, por lei, deveria ser voluntário.

Tamanho e composição das equipes

De acordo com a já citada Resolução de 2015 do Conselho Nacional sobre Drogas, que regulamenta as comunidades terapêuticas, é obrigação da instituição manter uma “equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento (...) sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado, bem como substituto com a mesma qualificação”.⁴³ Outro documento normativo importante, a RDC 29 da Anvisa de 2011, também define a equipe profissional das CTs de forma genérica, sem especificar a quantidade ou a formação dos profissionais, prevendo apenas que “as instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas”.⁴⁴

Para receber recursos públicos, há requisitos específicos a serem observados, que podem variar entre os diferentes editais de financiamento. O edital de 2018 do Ministério da Justiça, por exemplo, definia como obrigação da instituição contratada:

...manter equipe multidisciplinar, com 3 (três) profissionais com diferentes graduações, nas áreas de ciências sociais, humanas ou de saúde, com comprovada experiência profissional na área de dependência química, sendo que um profissional deverá ser definido como responsável técnico e outro profissional deverá ser definido como responsável técnico substituto, além de manter 2 (dois) monitores.⁴⁵

O edital federal mais recente, contudo, já afrouxa essa exigência, abandonando a especificação sobre a formação profissional e a quantidade de membros das equipes.⁴⁶ Da mesma forma, o edital 01/2020 da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro não faz exigências sobre a composição da equipe profissional.⁴⁷

Bem mais rigoroso é o edital do Município do Rio de 2021, que exige que a instituição com até 30 residentes mantenha uma equipe mínima de dois responsáveis técnicos de

⁴³ Resolução 01/2015. Disponível em: <https://bit.ly/3xPn0Jl>. ↗

⁴⁴ BRASIL. 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, 01/07/2011. Disponível em: <https://bit.ly/36NEoDo>. ↗

⁴⁵ Edital 01/2018 Ministério da Justiça Disponível em: <https://bit.ly/3t2MzUr> ↗

⁴⁶ Edital 17/2019 do Ministério da Cidadania. Disponível em: <https://bit.ly/3t7ugxy> ↗

⁴⁷ Edital 01/2020. Disponível em <https://bit.ly/3Lfz3Uq>. ↗

nível superior (das áreas de saúde ou das ciências sociais) com experiência comprovada e curso de capacitação na área de dependência química; dois profissionais de nível superior com formação em Serviço Social e Psicologia, para integrar a equipe multidisciplinar de atendimento/acompanhamento aos residentes e seis outros trabalhadores de nível médio com experiência comprovada e curso de capacitação na área de dependência química, denominados “conselheiros”, “monitores” e/ou “educadores sociais”, atuando em escala de plantão de 12 por 36 horas.⁴⁸

O edital estipula ainda que o(a) responsável técnico(a) deve ter conhecimento da legislação sobre políticas públicas e direitos socioassistenciais, além de experiência em equipes interdisciplinares. Cabe a ele(a) coordenar as rotinas administrativas e os processos de trabalho, responsabilizar-se pelo controle e monitoramento da equipe, colaborar com o trabalho técnico e administrativo, e manter articulação com os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e as redes de serviços públicos de saúde e socioassistenciais.⁴⁹

A equipe técnica, por sua vez, é definida como aquela que tem conhecimento das políticas públicas e domínio metodológico necessário ao desenvolvimento do trabalho, incluindo escuta qualificada, atendimentos, visitas domiciliares, acompanhamento de casos, encaminhamentos às políticas intersetoriais, elaboração de relatórios e participação em atividades de capacitação, entre outras tarefas.

Já os chamados conselheiros, monitores ou educadores sociais, mencionados no mesmo edital já referido como equipe profissional obrigatória, devem ter conhecimento da rotina de atendimento da unidade, noções de direitos humanos e sensibilidade para questões sociais, além de bom relacionamento interpessoal, cabendo-lhes “tratar o residente com zelo” acompanhando o processo de trabalho, colaborando com a equipe técnica e participando da capacitação, do planejamento, do controle, da organização e da avaliação das atividades.

No momento das visitas às CTs, esse edital municipal estava aberto e ouvimos algumas reclamações sobre o seu nível de exigência. Para o responsável técnico da CT “1”, por exemplo, a questão da equipe profissional era tratada de forma “tendenciosa”, com o intuito de favorecer algumas instituições em detrimento de outras:

... como é que eu vou pagar 11 pessoas? Não existe isso! Quer dizer, já cria regra pra justamente o quê? Pra direcionar pra... Eu já trabalhei com licitação pública muitos anos, entendeu, então assim: “as regras são essas aqui, porque eu só quero atingir esse, esse e esse aqui”, os demais vão ficar de fora mesmo, porque eles não vão conseguir. Então, é muito feio isso!

As escalas de trabalho e a composição das equipes variam muito nas CTs observadas. Como já apontavam o levantamento do IPEA em 2017 e o relatório do Conselho Federal de Psicologia em 2018, a maioria das comunidades terapêuticas funciona com trabalho voluntário de psicólogos, professores e assistentes sociais. Das nove CTs visitadas, seis tinham somente trabalhadores voluntários e três tinham equipes mistas, parte de

⁴⁸ Edital de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Assistência social, n.º 37/2021. Disponível em: <https://bit.ly/3rPbTMY>. ↗

⁴⁹ O Sistema de Garantia de Direitos é a articulação e a integração de instituições e instâncias do poder público na aplicação de mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal. ↗

voluntários e parte de empregados contratados com carteira assinada ou remunerados por RPA (Recibo de Pagamento Autônomo).

Em quatro CTs, como já dito, o “responsável técnico” desempenhava apenas tarefas burocráticas e a coordenação efetiva das atividades cotidianas cabia a um líder religioso, identificado como “gestor”. À revelia da exigência de uma coordenação técnica de nível universitário, essa situação ambígua é sancionada pelo artigo 6º da RDC 29: “as instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.”

Exceto no edital municipal de 2020, que define 30 horas de trabalho para os técnicos e 40 horas para conselheiros, monitores ou educadores sociais, a carga horária mínima dos profissionais não é especificada, o que permite que mesmo CTs legalmente habilitadas possam operar dias ou mesmo semanas sem a presença da equipe técnica. A fala do gestor da CT “A” exemplifica a prática de recorrer de forma intermitente a familiares ou a pessoas remuneradas sem responsabilidade de cumprimento de horário:

Minha esposa é a assistente social; a minha filha... fez Psicologia volta mais pra ajudar aqui também (...). A Renata a gente contratou, a gente dá uma ajuda de custo a ela, não está no salário, damos uma ajuda de custo, também não tem aquele compromisso de bater cartão; quando eu estou muito “ralado”, vou na casa dela de carro, pego ela, ela passa um dia aqui, geralmente duas vezes por mês, uma vez por mês, ela vem pra cá.

**A MAIORIA DAS CTS
FUNCIONA APENAS
COM TRABALHO
VOLUNTÁRIO, E MUITAS
VEZES ESPORÁDICO,
DE PROFISSIONAIS DE
NÍVEL SUPERIOR**

Quem é “acolhido”?

Já se disse que o Conselho Nacional de Política sobre Drogas define as CTs como instituições para acolhimento de pessoas com “problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa”. Mas essa definição nem sempre é seguida à risca, nem mesmo por CTs habilitadas ao financiamento público.

Em sete das CTs visitadas, os gestores afirmaram que o uso problemático de drogas é pré-requisito para o “acolhimento”.⁵⁰ Duas delas, no entanto, afirmaram acolher pessoas com outras vulnerabilidades sociais, como indivíduos em situação de rua e portadores de transtornos mentais ou deficiência física. Eis um exemplo:

⁵⁰ De acordo com a Resolução RDC 29, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, é necessária avaliação diagnóstica prévia para admissão dos “acolhidos”. Isto, no entanto, muitas vezes não é feito na prática, como veremos adiante. ↗

Eu passo, em Campo Grande, tem um cara jogado na rua, cego (...), sem documento, sem nada, largado na rua, sem família. Eu pego e acolho, o que der, deu, se a Justiça vier aqui criar problema, a gente vai pra frente. (...) Esse que abriu o portão, ele não usava droga, ele era maluco, ele era maluco; se você visse esse cara, quando chegou aqui há dois anos atrás, o cara era tão louco, tão louco, que ele falava um outro idioma, sem ter estudado. (gestor da CT "A")

O mesmo dirigente admitiu não fazer distinções para ingresso na entidade: segundo ele, o "acolhimento" é para todos os que estão em situação de vulnerabilidade e grande parte das pessoas atendidas, usuárias ou não de drogas, viviam em situação de rua. Admitiu ainda que acolhia idosos e pessoas com deficiência e transtornos mentais, mesmo estando ciente do veto legal. Sua justificativa baseava-se no exemplo de uma pessoa residente há quatro anos na CT que antes estava em situação de rua e não tinha família: "O que eu faço com ele, mando pra rua de volta? Não dá, eu só não acolho casos muito graves de doença de pele porque não tenho estrutura para isolar a pessoa. De resto, acolho todos" (gestor da CT "A").

Esse dirigente ainda citou o exemplo de um idoso surdo e mudo que, além da deficiência física, sofria de transtorno mental e teria sido encaminhado à CT pelo Ministério Público. Nesse caso, o entrevistado disse deter a tutela da pessoa, concedida após processo judicial de interdição.

Verificamos, assim, que nem sempre a decisão de acolher pessoas com outros problemas além dos relacionados a uso de drogas é tomada unilateralmente pela entidade. Recebendo ou não financiamento estatal, o fato de estar certificada para tanto, ou de já ter recebido recursos em algum momento, é suficiente para que outros órgãos públicos possam demandar da CT o recebimento de pessoas, muitas das quais, no Rio de Janeiro, chegam a essas entidades via programas estaduais, como o RJ Para Todos,⁵¹ ou municipais, como o Segurança Presente,⁵² ou ainda via Ministério Público e outras instituições. Perguntado sobre os encaminhamentos do MP, o mesmo gestor citado acima explicou:

EMBORA DEFINIDA LEGALMENTE COMO VOLUNTÁRIA, A INTERNAÇÃO EM CT PODE SER DECIDIDA POR ÓRGÃOS DE SEGURANÇA, PELO MINISTÉRIO PÚBLICO OU PELA JUSTIÇA.

⁵¹ Programa lançado em novembro de 2021, que pretende dar assistência à população em situação de rua através do "acolhimento social" — encaminhamento a abrigos, comunidades terapêuticas e outros locais — além de serviços de emissão de documentos e passeios culturais para crianças residentes em favelas. Ver <https://bit.ly/3EMx5bP>.

⁵² Segundo definição do site do programa, o Segurança Presente é um "modelo de policiamento de proximidade" que serve de apoio à atuação da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. "Com o objetivo de promover ações de segurança pública, cidadania e atendimento social, as operações visam um ambiente mais seguro e acolhedor aos moradores, comerciantes e turistas das regiões onde atua". Disponível em <https://bit.ly/3rQiKFZ>. O programa, no entanto, é apontado por movimentos sociais como uma forma de controle muito mais repressivo do que socioassistencial.

Ligam pra mim, e falam: “Eu estou com uma demanda. Tem uma pessoa que estava na rua; não tem como você acolher?” Então, assim, você não é obrigado, mas você não está aqui para acolher? Só porque é o Ministério Público, que está mandando, e o Estado deveria estar me ajudando e não está, então vou fazer uma pirraça? Aí quem paga nessa pirraça? Quem paga é o ser humano. O Estado não me ajuda, então só vou pegar quem vier da rua, quem vem do Estado não pego? Não existe isso.

Um membro da equipe técnica da CT “E” afirmou que, inicialmente, esta acolhia apenas usuários de drogas, mas, depois de começar a ofertar vagas para o poder público, passou a receber indivíduos com problemas diversos, especialmente aqueles em situação de rua. Apesar disso, algumas entidades selecionam previamente o perfil das pessoas a serem acolhidas, não pelo tipo de transtorno, mas para barrar, por exemplo, os que tenham problemas graves de saúde e demandem acompanhamento médico constante. Ou então – e aqui os critérios claramente incorporam juízos e preconceitos morais – identificar ligações com o tráfico de drogas que possam influenciar negativamente usuários “de família”:

A gente seleciona muito bem, há uma triagem muito bem feita; não que as pessoas não mereçam o tratamento, todos merecem, mas a gente não pode misturar muito as coisas – essa é a nossa visão, né? Então, tem pessoas aqui que são dependentes químicas, são pessoas de família, que aconteceu na vida deles isso, né? (...) Você pega um garoto de família, que, infelizmente, acabou entrando aí nas drogas e tal, aí cola com um que é gerente do tráfico, aí o cara sabe como é que manuseia a arma, como é que faz *dolação*, como é que... não sai da cabeça aquilo. (técnica da CT “I”)

Na definição do perfil dos “acolhidos” também é possível observar algumas diferenças relativas à percepção das causas do uso problemático de drogas. Enquanto alguns entrevistados – via de regra gestores das instituições – colocavam a droga em si na raiz dos conflitos sociais e no centro do “tratamento” oferecido pelas CTs, outros – geralmente das equipes técnicas – expressavam uma visão diferenciada, reconhecendo na origem do problema fatores como pobreza e vulnerabilidade social. Na prática, contudo, essa variação de perspectiva não parece influir no funcionamento das CTs que sempre privilegiam o entendimento de que a droga em si é o “mal” de que o usuário se deve livrar. E, mesmo nos casos em que as condições socioculturais⁵³ são levadas em conta, prevalece a noção de que a dependência química é uma doença.⁵⁴ De um modo ou de outro, porém, é o “projeto de transformação moral e espiritual” que prevalece enquanto proposta central das CTs.

⁵³ PEELE, S. Redefining addiction: making addiction a scientifically and socially useful concept. *International Journal of Health Services*, 7, p. 103-124, 1977; PEELE, S. Addiction as a cultural concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, p. 205-220, 1990. Para breve revisão bibliográfica sobre o tema na antropologia, ver CALADO, V. G. A Antropologia e a perspectiva sociocultural das drogas. *Revista Análise Social*, LVI (3), 240, p. 498-519, 2021. ↗

⁵⁴ Para uma visão biomédica das drogas, ver DECORTE, T. Blinding ourselves with science: the chronic infections of our thinking on psychoactive substances. In: Hunt, G.; Milhet, M.; Bergeron, H. (eds.). *Drugs and Culture: Knowledge, Consumption and Policy*. Farnham (UK): Ashgate, 2011, p. 33-51. ↗

Rotina e religião

O “tratamento” que as CTs oferecem, segundo a já mencionada definição do Ipea, ancora-se nos pilares do **trabalho**, da **disciplina** e da **espiritualidade**, isso implicando o desenvolvimento contínuo e controlado, num só lugar, de atividades em todas as esferas da vida, inclusive lazer e práticas religiosas. O que se objetiva, por meio de uma rotina disciplinadora, da abstinência e da religião, é a “cura” entendida como construção de um “novo eu”, ou seja, como uma remodelação física e moral do sujeito.⁵⁵

Vale notar que oito das nove CTs visitadas destinavam-se exclusivamente a adultos do sexo masculino e apenas uma exclusivamente a mulheres adultas. Mencionou-se que a separação por sexos (e, como veremos mais à frente, também o intuito de “curar” a homossexualidade) é parte do “tratamento” oferecido por essas entidades, que preconizam não só a abstinência total do uso de drogas, mas também a abstinência sexual ou mesmo a abstinência de qualquer tipo de prazer “mundano”:

Só homens. Não posso atender mulher aqui, não posso misturar, né? A abstinência aqui é de tudo, de sexo, de droga, de shopping, de telefone, de tudo. (Gestor da CT “D”)

Independente de ser homo, independente de ser hétero, não pode ter relação sexual aqui dentro. (Responsável técnica da CT “H”)

Via de regra, os “acolhidos” em CTs são responsáveis pela limpeza e pela manutenção do local, e participam de cerimônias e pregações religiosas. Quando o espaço permite, pode ainda haver cursos de temas diversos, palestras motivacionais, cultivo de horta, cuidados com animais e atividades físicas.⁵⁶ A oferta de atividades varia de acordo com a infraestrutura disponível: algumas instituições contam com voluntários e têm salas para estudos e cursos, enquanto outras dependem de parceria com instituições de fora e, nas mais precárias, como já mencionado, há apenas uma sala de convivência com televisão.

Cada tarefa, em todas as CTs, têm horário predefinido. Numa delas (a única de orientação adventista visitada), saltou aos olhos a especial saturação da rotina: os quadros de horários expostos na secretaria mostravam uma programação intensa, com início às seis horas da manhã e término às dez da noite, incluindo meditações, terapias alternativas (escalda-pés, argila verde), limpeza, atividades religiosas, trabalho de cozinha, cultivo de horta e atividades físicas. A rigidez e o nível de vigilância, nesse caso, estendiam-se aos contatos com familiares, supervisionados e cronometrados, permitindo-se apenas dez minutos para cada “acolhido”.

AS CTS ATENDEM EXCLUSIVAMENTE HOMENS OU MULHERES. A ABSTINÊNCIA EXIGIDA NÃO É SÓ DO USO DE DROGAS, MAS TAMBÉM DAS RELAÇÕES SEXUAIS E DEMAIS PRAZERES “MUNDANOS”

⁵⁵ NATALINO, M.A.C. Isolamento, disciplina e destino social em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, M.P.G. *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p.37-60. ↗

⁵⁶ Em duas unidades visitadas havia equipamentos rústicos de musculação construídos pelos próprios residentes com concreto, ferro e madeira. ↗

Em relação ao tratamento, é que a gente fala isso pra eles: “Olha só, tratamento significa submissão; submissão a quê? Ao que você tem que fazer (...). Eles não podem ter o celular; o celular é terrível pra eles, até que eles completem um tempo, eles aprendam a usar de novo – que eles têm que passar a usar de novo, né? Então, assim, a família liga pra cá pra falar com eles, eles têm dois dias na semana que a família liga, com horário; e, na quarta-feira pela manhã, o horário é vago, meu, pra eu fazer ligação e chamada de vídeo pra eles, aí eu uso o meu celular, fazendo chamada vídeo pra família, pra ele ver a família. (responsável técnica da CT “I”)

Outras CTs, porém, são mais flexíveis no que toca à relação com o mundo exterior e permitem, inclusive, o uso de celular para contato com familiares, sempre sob supervisão. Numa delas, é permitido aos acolhidos utilizarem o celular durante todo o fim de semana, devolvendo-o no domingo. Em alguns casos, a visita é proibida nas primeiras semanas, mas depois permitida. Tais atitudes variam em função dos pressupostos do “tratamento”: para alguns gestores o apoio da família é fundamental no processo, enquanto para outros qualquer contato com o exterior provoca interferência negativa e traz preocupações de fora que o “acolhido” não deveria ter:⁵⁷

...eles sabem que, na regra, eles não podem compartilhar o celular com quem não está com uma estrutura emocional pra ter, restabelecer o vínculo imediato com a família. Porque a família às vezes não passa só a questão afetiva; às vezes, por eles não entenderem, eles acabam passando problemas também, e aí desestabiliza, de fato, os acolhidos, ao ponto do camarada às vezes pular e ir embora – que nem precisaria pular, era só pedir pra gente abrir. Já aconteceu muito isso, questão relacionada a ciúme, né? É um pouco complicado. (responsável técnico da CT “E”)

A adesão à rotina estipulada pela CT, segundo garantiram todos os gestores e técnicos entrevistados, não é obrigatória, mas é considerada parte fundamental do “tratamento” e indicativa de que a pessoa estaria evoluindo. Algumas instituições exigem a assinatura de um termo de adesão para ingresso na residência, em que o candidato se compromete a aderir às normas da entidade e formaliza, por escrito, a adesão voluntária ao serviço.

As CTs brasileiras são na grande maioria cristãs. Segundo a já mencionada pesquisa do IPEA sobre perfil dessas entidades no país, 40% são de orientação pentecostal; 27% são católicas; 7%, evangélicas de missão (luterana, presbiteriana, congregacional, batista, metodista ou adventista); 9% são de religiões não-cristãs e 17% declaram-se sem filiação religiosa, mas, mesmo entre estas últimas, algumas estimulam a “fé” dos internos em “um poder superior”, seguindo, provavelmente, a orientação dos grupos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos.⁵⁸

SE AS PRÁTICAS
RELIGIOSAS
FAZEM PARTE DO
“TRATAMENTO”,
COMO FICA
O DIREITO
FUNDAMENTAL
À LIBERDADE DE
CONSCIÊNCIA
E DE CRENÇA?

⁵⁷ A pandemia de Covid-19 afetou muito os contatos com familiares e a realização de atividades externas. Todas as CTs suspenderam em parte ou integralmente as visitas e outras atividades coletivas. ↗

⁵⁸ Ver IPEA, *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*, 2017, op. cit. O segundo dos 12 Passos preconizados pelos grupos de ajuda mútua na área de álcool e drogas é “Vimos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade”. Ver Alcoólicos Anônimos ▯ Os Doze Passos. Disponível em: <https://bit.ly/3vZQLoA>. ↗

Das nove comunidades visitadas, uma era católica (de filiação carismática) e as outras evangélicas de diferentes denominações (ver Anexo).⁵⁹ Num contexto de adaptação das CTs aos requisitos mais “técnicos” supostamente exigidos para habilitação a financiamento público, a tendência do discurso é minimizar o aspecto de pregação e conversão religiosa embutido no projeto dessas entidades. Ouvimos nas entrevistas que o acolhimento não se restringia a praticantes da religião ali professada, sendo aberto a todos, sem distinção. Por outro lado, afirmou-se que o “acolhido” não pode deixar de exercer sua “espiritualidade” nem deixar de conectar-se a um “poder superior”, visto ser este um dos pilares do “tratamento” ofertado:

Você pode ter certeza, quando ele começa a ter uma ligação maior com o poder superior dele, ele começa a desenvolver. Porque o mundo é regido pelo poder superior, não adianta [sic]. (...) O cara pode ser budista, se ele se apegar com o budismo, ele vai parar de usar droga; ele pode ser espírita, se ele seguir o espiritismo certinho, ele vai parar de usar droga. Eu não estou falando de salvação; eu vejo salvação de uma forma, eu vejo salvação através de Jesus, só, não vejo outro caminho, agora, pra nortear o amor e pra ter uma vida decente, um montão de coisa serve. (...) Se você segue uma doutrina espiritual corretamente, você consegue se cuidar. (gestor da CT “A”)

A contradição é flagrante: se o “tratamento” tem como uma de suas bases a chamada “espiritualidade”, assentada no princípio de que “não adianta” negar a regência de um “poder superior”, e se práticas religiosas cristãs são parte da rotina do referido “tratamento”, onde ficam a adesão voluntária e, conseqüentemente, o direito fundamental à liberdade de crença, que inclui diversas religiões não cristãs, além do ateísmo e do agnosticismo? Um dos entrevistados “explicou” que, mesmo não desejando participar ativamente dos cultos, o residente tem de comparecer às atividades programadas, como em qualquer outra rotina definida como “não obrigatória”: “caso ele não queira comer no momento destinado ao café da manhã, não comerá em outro horário” (gestor da CT “A”). Mas o problema não parece ser tão simples, uma mera questão de presença física. Das nove CTs visitadas, como já se mencionou, quatro são dirigidas por líderes religiosos, sobretudo pastores evangélicos, e várias têm ligação direta com instituições confessionais, de onde obtêm, inclusive, a maior parte dos seus recursos financeiros, conforme se verá mais adiante. Confirmando pesquisas anteriores, pode-se afirmar com segurança que, não obstante os discursos técnicos – quando há – e as atividades consideradas “terapêuticas”, trata-se frequentemente de espaços de atuação de igrejas, nos quais elas buscam realizar sua obra de “conquista, moralização e disciplinamento das subjetividades”.⁶⁰

O forte viés religioso bloqueia em diversos âmbitos qualquer debate mais aprofundado, baseado em critérios técnico-científicos, sobre as CTs e sobre política de drogas em geral. O fato de as CTs realizarem um trabalho visto como de assistência a pessoas pobres – muitas vezes em locais onde os serviços públicos são notoriamente incipientes – é invocado para legitimar a presença e a atuação dessas entidades num campo que deveria ser o da saúde e da assistência públicas. É o que ilustra a fala do deputado estadual Carlos Minc (PSB), ouvido na etapa inicial da pesquisa:

⁵⁹ As informações sobre filiação religiosa não foram obtidas apenas em entrevistas, mas localizadas também em outras fontes, sobretudo pela internet. ↗

⁶⁰ SANTOS, M.P.G. *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p.37.60. Disponível em: <https://bit.ly/3vLzEr>. ↗

Em temas como a questão da religião, eles [deputados conservadores] conseguem puxar o centro pro lado de lá. Se o tema fosse só saúde, e democratização da saúde, provavelmente, a gente conseguiria avançar, mas como tem toda a questão religiosa, eles dizem: “Vem cá, as igrejas querem ajudar, as igrejas são solidárias, essa turma ‘esquerdosa’ está querendo impedir que as igrejas cumpram o papel delas, de assessorar os pobres”. Olha que preconceito! Uma coisa é ser laico, outra coisa é ser antirreligioso. Então, nesses temas, a gente acaba perdendo esse centro, e ficamos com 1/3 dos votos.

Adesão voluntária?

O “acolhimento” realizado pelas CTs tem como pressuposto a voluntariedade, conforme definem as já mencionadas resoluções do Conad e a RDC 29 da Anvisa, sendo vedada a internação não consentida pelo indivíduo. Todos os entrevistados afirmaram que suas instituições não acolhem ninguém compulsoriamente, até porque acreditam que o “tratamento” proposto só é efetivo se for voluntário. Entretanto, uma inspeção nacional realizada em 2018 pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Ministério Público Federal, com visitas a 28 CTs em diversas partes do país, identificou 18 entidades que recebiam internações involuntárias e até compulsórias (determinadas pela Justiça).⁶¹

Ademais, o que os nossos entrevistados classificaram como “serviço de porta aberta”, sugerindo que os residentes têm liberdade para deixar o local quando quiserem, não condiz com o pressuposto de que o “tratamento” requer adesão integral à rotina imposta para que possa surtir efeito, nem com o fato de os “acolhidos” só poderem sair com supervisão. É comum, inclusive, vedar-se completamente as saídas nos primeiros meses de acolhimento, sob a justificativa de que, quanto menos contato com o mundo exterior, menores as chances de recaída ou de envolvimento emocional com problemas que desviem a concentração do processo “regenerador”. Ou ainda sob alegação de que o “acolhido” pode retornar trazendo drogas e prejudicar o tratamento dos demais. Um dirigente de comunidade terapêutica que ressaltou esse possível efeito explicou também que nem todos os internos estão ali porque desejam “realmente se tratar, se libertar”, havendo quem queira apenas “passar o tempo” (gestor da CT “E”).

Nas saídas para consultas médicas ou atividades de lazer, os residentes são acompanhados por membros da equipe técnica ou então por internos mais antigos, já consideradas aptos a exercer a supervisão, os chamados “monitores”. Segundo dirigentes entrevistados, avalia-se a possibilidade de saída de acordo com a progressão do “tratamento” nos quesitos sociabilidade, adesão às atividades, cumprimento das tarefas laborais e estado de maior ou menor “agitação” da pessoa. Tais critérios indicariam o grau de autocontrole alcançado pelo indivíduo e, conseqüentemente, seus riscos de recaída no contato com o mundo exterior. Em apenas uma das CTs visitadas foi mencionado

⁶¹ Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas 2017*. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/38k9fld>. ↗

o recurso a avaliações técnicas de psicólogos ou assistentes sociais para mensurar o progresso do “tratamento”.

Além do controle de saídas, a insistência dos gestores em garantir que “o portão fica aberto” ou que “a porta da rua está ali” contradiz o fato de, na admissão, serem retidos os documentos, o dinheiro e os pertences (inclusive celular) do “acolhido”, justamente para impedir que se ausente e se comunique com o exterior. Contradiz também a exigência de assinatura de um termo de desligamento aos que se afastam, o que em certos casos implica proibição de retorno à instituição, como se depreende da seguinte fala:

O programa terapêutico estabelece um confinamento, então, ele não tem autonomia pra sair sozinho, ir lá na rua e voltar, isso, eles não têm, entendeu? Assim, a gente é muito criterioso com isso. Eles podem, sim, podem ir embora; na hora, nós apresentamos pra eles um termo aqui, de desligamento, e eles pegam as coisas deles e vão embora, mas também não voltam mais. (gestor da CT “E”)

Noutros casos, o retorno pode ser aceito levando-se em conta o comportamento e o convívio do indivíduo na unidade antes da desistência. O fundamental, segundo disse uma entrevistada, é que o trabalho dos profissionais seja valorizado e que a pessoa entenda que a disciplina é o “preço” a ser pago para permanecer na CT:

Tem uns critérios, tipo assim, tem que passar seis meses, pra poder voltar. Não deu problema, não brigou com ninguém aqui dentro, não infringiu regras, então, o menino volta (...). Teve um rapaz que saiu com três meses e voltou, e agora, ele completou o tratamento, vai ter alta essa semana que vem; ele completou o tratamento agora, mas a gente criou critérios, porque senão fica, assim, muito fácil e não valorizado. (...) Porque a casa tem uma característica muito boa, de atendimento humanizado, a gente tem um número alto de recuperação, um índice alto de recuperação, e aí isso eu falo muito pra eles: “tem que dar valor”. A gente tem que ensinar isso pra eles também. (responsável técnica da CT “I”)

ALÉM DE SUAS SAÍDAS SEREM ESTRITAMENTE CONTROLADAS, OS “ACOLHIDOS” TÊM DOCUMENTOS, DINHEIRO, CELULAR E OUTROS PERTENCES APREENDIDOS QUANDO INGRESSAM NA CT. O DISCURSO É DE “PORTÃO ABERTO”, MAS A PRÁTICA MOSTRA O OPOSTO.

Acompanhamento médico e psicossocial

Todos os gestores e funcionários entrevistados garantiram que os “acolhidos” consultam-se periodicamente com psicólogos e, em alguns casos, são atendidos por assistentes sociais. Mas a frequência desse acompanhamento varia muito de acordo com a disponibilidade da equipe técnica de cada local, sendo rotineira em alguns casos e em outros esporádica, com grandes intervalos de tempo entre as consultas. Do mesmo modo, o acesso à assistência médica pode oscilar bastante entre as diversas CTs.

Quando uma pessoa é admitida, são realizados testes rápidos em equipamentos públicos de saúde disponíveis no território: Clínicas da Família, Unidades de Pronto Atendimento ou Unidades Básicas de Saúde. Tais testes procuram identificar a presença de doenças que demandem intervenção imediata, como diabetes, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose e Covid-19. Não é feita uma avaliação mais ampla sobre a condição de saúde física e mental do “acolhido”, nem se verifica a possível necessidade de cuidado médico contínuo e presencial. Ao serem questionados sobre uma avaliação diagnóstica que ateste o uso nocivo de substâncias psicoativas, as respostas mostraram-se vagas e a maioria afirmou realizar apenas testes rápidos.

Os próprios profissionais da CT – entre os quais não há médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem – é que “diagnosticam” a condição dos acolhidos com base na “experiência” própria. Foi dito abertamente por um deles que “só de olhar”, numa “leitura rápida” e até mesmo à distância, consegue-se saber se um indivíduo precisa ou não de maiores cuidados médicos:

Não sei se você percebeu, mas aqui de dentro eu colhi ali o perfil dele, eu fiz uma leitura ali rápida... *[referindo-se a uma pessoa que chegou para acolhimento durante a entrevista e foi observada pela janela]*. É claro que, se vocês não estivessem aqui, se eu não estivesse ocupado, eu estaria ali, fazendo uma leitura rápida nele; (...) através da minha observação, eu percebi que ele não tem um comprometimento maior que impeça de ser acolhido em um programa de acolhimento entre pares, né, que é a proposta da comunidade terapêutica. Se eu tivesse percebido, em uma avaliação ou em um atendimento de triagem, a necessidade de um maior comprometimento relacionada à questão de saúde mental, ou algo parecido, aí eu não acolheria, entendeu? (responsável técnico da CT “E”)

Por não serem consideradas serviços de saúde e sim de “apoio à saúde”, as CTs não são obrigadas legalmente a manter médicos e enfermeiros em seu quadro profissional. Na maioria das visitadas, os responsáveis pela administração de medicamentos eram coordenadores e funcionários das unidades. Numa delas relatou-se o emprego de ansiolítico para conter uma pessoa “visivelmente alterada” em função, supostamente, da abstinência. A decisão foi tomada por uma funcionária da casa com base na “observação do dia a dia”, sem prescrição médica:

... ele olhou assim, pra mim, falou: “não estou passando bem não, eu quero beber”. Eu falei: “tá, vem cá, senta aqui”, aí (...) dei três gotas de Diazepam pra ele (...) [e] fiz o escalda-pés com ele, aí ele foi se acalmando, se acalmando (...). Aí ele depois olhou pra mim, e falou assim: “como é que a senhora sabia que eu estava passando mal?”, eu falei: “teu rosto, teu olho estava desse tamanho, como que eu não iria ver isso? Se eu fosse embora, e não tivesse visto, você ia ter um piripaque”. Então assim, essas coisas, eu vou observando, no dia a dia. Conheço cada um. Quando eu chego, se não dormiu bem, se não está bem... (responsável técnica da CT “I”)

Há unidades que dependem de trabalho voluntário de profissionais de saúde para atender os “acolhidos” e, em alguns casos, o acompanhamento médico se faz mediante parcerias com clínicas privadas que praticam trabalho beneficente. Numa das CTs visitadas, foi dito que os internos que necessitam de acompanhamento são conduzidos quinzenalmente a um psiquiatra que cobra valores inferiores aos de mercado. As unidades localizadas em áreas urbanas mais densas têm maior acesso a Clínicas da Família e a outros equipamentos públicos, podendo, em tese, garantir maior frequência de acompanhamento médico aos internos. Mas nem sempre isso ocorre, pois a saturação dos serviços nessas áreas às vezes impede que eles deem conta da demanda das CTs.

Quanto às outras instituições públicas de assistência, a “parceria” tende a ser pontual, como nos casos em que “acolhidos” são encaminhados aos Centros de Referência de Assistência Social apenas para tirar documentos. A própria presença diária de uma equipe técnica nas CTs, algo sem dúvida essencial, pode no entanto servir de justificativa para que o “tratamento” fique restrito à própria entidade. Evita-se, assim, o acesso frequente a outros serviços com orientações distintas, tais como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), os CAPSad (Álcool e Drogas) e órgãos que executam políticas de habitação, trabalho, renda e educação. Somente em duas CTs foi relatado como parte da rotina o acompanhamento psicológico dos internos pelo CAPS e psiquiátrico pelo CAPSad.

A limitação do acesso a tais serviços não só reduz o repertório de possibilidades de reinserção do “acolhido” como configura violação de direitos e imposição autoritária de uma única perspectiva. Eis um trecho de entrevista que explicita bem isso:

... geralmente, quando os nossos acolhidos vão pra lá [*para o CAPS*], eles vêm com uma visão assim..., um entendimento diferente do nosso, então meio que choca, né? Eu acho que vai até facilitar agora a psicóloga que vai estar trabalhando conosco, porque eu acho que ela pode ficar com essa parte da Psicologia, a gente vai falar a mesma linguagem, e aí talvez a gente não utilize mais o equipamento do CAPS para a área de Psicologia. (técnica da CT “C”)

SEM FORMAÇÃO
MÉDICA,
FUNCIONÁRIOS
DE ALGUMAS CTS
DIAGNOSTICAM
DOENÇAS E
ADMINISTRAM
REMÉDIOS,
INCLUSIVE
OS DE VENDA
CONTROLADA,
AOS INTERNOS



**A “MODERNIZAÇÃO”
NO DISCURSO
E NA PRÁTICA**

Visitas e entrevistas feitas pela pesquisa permitiram constatar uma preocupação dos gestores e funcionários de CTs em mostrar que estavam adequando suas concepções, práticas e infraestruturas às exigências dos órgãos de fiscalização e regulamentação, necessárias para obter financiamento público. Segundo foi dito, por exemplo, as inspeções da Vigilância Sanitária teriam produzido algumas mudanças concretas na forma de organização dos espaços, no armazenamento dos alimentos e na quantidade de camas e banheiros disponíveis. Assinalaram-se também transformações da rotina diária, entre as quais um certo encolhimento do âmbito de atuação estritamente religioso em favor de outros tipos de atividades:

[Para conseguir o alvará] precisamos fazer mudanças estruturais, assim, separar os espaços da igreja e daqui. (...) E a gente fez essa organização daqui, de separar, ter esse espacinho aqui pra atendimento, a sala de convivência. (...) A gente criou uma rotina das coisas do dia a dia deles, a gente buscou mais parceria, pra fazer outras atividades, que não fosse só oração, lavar a louça, arrumar a casa, né? Mudou nesse sentido, pra avançar no tratamento. (técnica da CT "D")

Mas as falas de gestores e técnicos, assim como de uma inspetora da Vigilância Sanitária que a pesquisa ouviu,⁶² também indicam que os órgãos fiscalizadores têm desempenhado um papel bastante ambíguo no caso das comunidades terapêuticas, oscilando entre fiscalização propriamente dita e "parceria" ou aconselhamento. Ainda que orientar adaptações nas instituições faça parte do trabalho de controle externo, há sempre o risco de a "parceria" resultar em complacência e afrouxamento das exigências legais, em nome de um "bem maior" que o funcionamento das CTs supostamente promoveria, o que as seguintes falas parecem sugerir:

*...então, assim, coisas realmente inviáveis precisei fechar, mas o que puder levar para frente a gente vai levar, porque é muito melhor vocês estarem acolhendo as pessoas do que a gente estar com as pessoas na rua, **porque a droga está avassaladora** [itálicos nossos]. [O trabalho da vigilância] é não só visualizar piso e parede, mas plano de trabalho. O que a CT tem a oferecer, como a pessoa entra e como ele sai dali. (...) O que eu faço é um esquema de parceria onde eu explico pro senhor como você pode viabilizar isso, eu não chego intimando... No seu tempo você vai fazer. (fiscal da Vigilância Sanitária)*

O Comad chegou aqui, outro dia, ela me exigiu tanta coisa, eu chamei a inspetora da inspeção [sic] e falei: "Olha só, vocês não podem fazer isso comigo; então, seja mais claro. Quer que eu feche? Quer que eu encerre esse trabalho? (...) Aí foram revistas exatamente as exigências e tal, amenizaram, aí foi possível atender aquilo que eu poderia atender. (gestor da CT "D")

Os perigos de uma relação excessivamente "parceira" ficaram especialmente claros na entrevista com um pastor que relatou ter sido preso em 2015 por denúncias de irregularidades na sua CT, incluindo admissão de adolescentes (proibida na época), superlotação e crime ambiental. Embora ele mesmo esperasse o fechamento da instituição,

⁶² "Primeiro Seminário de Política sobre Drogas e Avanço das Comunidades Terapêuticas", realizado em 16/08/2021 na cidade do Rio de Janeiro. ↗

a Vigilância Sanitária preferiu “orientá-lo” a fazer adaptações para continuar funcionando. Na nossa visita a essa CT, foi possível constatar a permanência de diversas precariedades quanto localização (uma estrada íngreme de terra) e à infraestrutura.⁶³ Eis o relato do pastor:

EM NOME DO COMBATE A UM “MAL MAIOR”, A VIGILÂNCIA SANITÁRIA TEM ATUADO MAIS COMO PARCEIRA E FACILITADORA DO QUE COMO FISCALIZADORA DAS CTS, TOLERANDO DIVERSAS ILEGALIDADES

... veio aqui o *RJTV*, veio aqui a Polícia Ambiental, a Polícia Militar, eu saí daqui preso. (...) Passei um dia na Cidade da Polícia, paguei uma fiança e cumpri serviço comunitário. Logo depois, veio a Vigilância Sanitária; aí quando a Vigilância Sanitária veio, eu falei ‘Veio pra fechar’; eles vieram aqui, isso aqui era um chiqueiro, onde você está, aqui criava porcos (...), aqui do lado era mais porcos. Ela sentou aqui: “não, o seu trabalho é bonito, o seu trabalho é humano, mas está tudo errado. Tem que fazer certo”. Eu falei: “Como é que eu faço?”, aí ela falou: “Assim, assim, assim, assim, assim, assim” – começou a me nortear. “Você não pode obrigar ninguém a ser religioso, você não pode isso, você não pode aquilo”; ela foi me nortear e eu fui abrindo a minha mente. (gestor da CT “A”)

Outras adaptações mencionadas referiam-se à composição da equipe. Ainda que a maioria das CTS continue dependendo de voluntários, a presença de profissionais de nível superior passou a ser exigida para se obter a licença de funcionamento e candidatar-se ao financiamento público. Mas isso não parece estar sendo suficiente, de acordo com as próprias falas de entrevistados, para garantir uma transformação efetiva do projeto “terapêutico” oferecidos por tais entidades.

Além de adequações do espaço físico, das rotinas e do quadro técnico, mencionaram-se mudanças que viriam ocorrendo na forma de compreender o uso problemático de drogas, ou pelo menos nos termos usados para referir-se a ele; por exemplo, a substituição de “vício” por “dependência”, que expressaria um deslocamento da noção de “desvio moral” para a de “doença”:

A pessoa chegava aqui, a primeira coisa era fazer uma oração pra expulsar o demônio dela. Hoje a oração aqui é a última coisa. Hoje a oração aqui é coletiva (...), agora, eu querer expulsar uma coisa, não existe isso. Hoje eu consigo conviver bem dessa forma e entendo muito bem que dependência química é uma doença, ela tem um CID [Código da Classificação Internacional de Doenças], né? (gestor da CT “A”)

Na explicação das “causas” do uso de drogas também se aciona uma mistura do modelo moral-religioso com a busca de fundamentos pretensamente mais “científicos”, como ilustra a entrevista de um técnico que “diagnosticou” o problema como fruto de herança genética atuante por quatro gerações, mas controlável pelo “caráter” e pela “dignidade” que se adquire no “tratamento”:

⁶³ Entre outros problemas, observamos o uso de fogão a lenha para cozinhar alimentos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o emprego doméstico de combustíveis sólidos (lenha, carvão etc.) é um fator ambiental responsável por grande número de doenças respiratórias e mortes no mundo inteiro (World Health Organization, *Fuel for life: household energy*, 2006. Disponível em <https://bit.ly/3xZdrrB>). ↗

... isso é uma doença que atinge até a quarta geração; então, às vezes o pai não é, o avô não foi, mas o bisavô foi; aí hoje nós temos um aqui com essa referência, que veio de onde? Lá do bisavô, entendeu? (...) Ontem, a gente estava conversando com um (...), ele disse pra mim que está muito triste, muito preocupado, porque ele recebeu uma ligação da ex-mulher que o filho dele, de oito anos, começou a beber e a fumar (...). Eu falei: "O que é que você pode fazer? (...) Tentar continuar o seu tratamento, firme, pra você ter caráter, dignidade, chegar pro teu filho e dizer [que] isso está errado. "Ah, mas você fez", "mas não faço mais". Então, o que importa é o hoje. Você não pode mudar o teu passado, você pode mudar o teu futuro, você pode mudar o teu filho, através do teu testemunho do que você está fazendo pra ficar em pé. (técnica da CT "H")

Esse esforço de exibir uma postura mais "moderna", não atrelada unicamente à moral religiosa, parece muitas vezes acentuar a profunda ambiguidade que está na própria constituição das CTs, originárias em grande parte de igrejas. Apesar dos discursos de mudança, a religião continua ocupando o centro do "tratamento" ofertado: prevalecem analogias religiosas nas "explicações" sobre o uso problemático de drogas e é sobretudo ao desígnio divino que se atribui o sucesso da "cura". Segundo disse um entrevistado, "99% [é] Deus quem faz!" (gestor e pastor da CT "D"). Tal centralidade não só persiste como em certos casos dificulta aos próprios envolvidos a compreensão do que signifique o termo "comunidade terapêutica", ele mesmo podendo ser identificado ao movimento de institucionalização:

Na verdade, não sei se é uma identificação própria, ou se é uma questão social, né, do sistema, porque o nosso objetivo inicial é o centro de recuperação pra *acolher, cuidar, através da palavra de Deus*; inicialmente, era esse o conhecimento que nós tínhamos, né, ajudar as pessoas a saírem das drogas, mas *por questões sociais, a gente foi se institucionalizando e se criou esse título de comunidade terapêutica*. (técnica da CT "D", itálicos nossos)

O termo tende a ser apropriado, assim, como marca "modernizadora" que dá sentido ou justifica, no novo contexto, o trabalho realizado pelas entidades. Mas também se percebe da parte de alguns entrevistados, quando perguntados diretamente sobre esse sentido, uma ênfase maior no caráter de "acolhimento familiar" associado à palavra "comunidade", do que na "convivência entre pares", com fins terapêuticos, conforme a definição oficial. É difícil saber, portanto, até que ponto se está realmente transitando para um modelo que substitui "apenas pastores e missionários" por "gestores", como disse uma técnica da Vigilância Sanitária incumbida de fiscalizar CTs, e em que medida as "adaptações" ocorrem sobretudo no plano discursivo e têm aprofundado, em vez de reduzir, as ambiguidades constitutivas de tais organizações.

Ficam particularmente explícitos os estreitos limites dessa "modernização" quando se abordam temas relativos à sexualidade e gênero, frente aos quais o

OPERADORES DE CTS APTAS A RECEBER DINHEIRO PÚBLICO TENDEM A AFIRMAR QUE ELAS ESTÃO SE "MODERNIZANDO" E TORNANDO-SE MAIS "TÉCNICAS". MAS PRÁTICAS HOMOFÓBICAS E IMPOSIÇÃO DA MORAL CRISTÃ MOSTRAM CLARAMENTE OS LIMITES DESSA "MODERNIZAÇÃO"

paradigma moral-religioso fala mais alto. Apesar do discurso unânime de que a população LGBTQIA+ não é discriminada no acolhimento, narrativas de casos específicos feitas por dirigentes e funcionários de CTs evidenciam atitudes e práticas claramente homofóbicas e transfóbicas, manifestas em esforços de “reverter” a sexualidade dos “acolhidos”, como por exemplo:

Ele vivia o tempo todo vestido de mulher, e era uma menina mesmo; chegou aqui, conversamos; ele não deixava tocar no cabelo dele, de maneira nenhuma; consegui cortar o cabelo, consegui convencer ele que ele era um homem, isso tudo com amor (...). Tinha nome social. Ele não tinha nem documento mais..., até o SUS dele era já com nome social. (...) Aí eu fui conversando com ele, conversando com ele. Aí ele quis tirar o documento, mudou de novo, voltou [*para o nome antigo*]. (gestor da CT “D”)

Em outra CT, que só acolhe mulheres, mencionou-se que boa parte do público é de lésbicas e que há um trabalho de dissuasão para que as internas “mudem de lado”:

... daqui a pouco já está fazendo unha, está se maquiando, tem que ver! (...) A gente fala que a gente não tem preconceito, tem respeito. A gente pede também (...) pra (...) botar uma roupa mais feminina. Até que a gente não tem problema, não. Aí fica direitinho, aí daqui a pouco, está passando de um lado pro outro, sabe? (técnica da CT “G”)

Resumindo: trata-se em grande parte de instituições que surgiram dentro de igrejas e que vêm conquistando espaço no campo de atenção ao uso problemático de drogas, graças, sobretudo, à sua aproximação com órgãos públicos e à sua inclusão privilegiada nas políticas de drogas nacionais e locais, com a conseqüente possibilidade de obter recursos do Estado. Se isso tem levado pelo menos algumas CTs, ou alguns dos profissionais de CTs, a modificarem certas práticas e atualizarem seu discurso legitimador, a transformação, mesmo com tensões e ambivalências, se afigura muito mais superficial do que estrutural e mais propensa a conservar do que a diluir o sentido original dessas entidades enquanto espaços de “reconstrução do eu” com base em princípios morais e religiosos tradicionais.



FINANCIAMENTO

Doações

Instituições privadas, as CTs na maioria viabilizam-se financeiramente por meio de doações e pela contribuição das famílias, quando não dos próprios “acolhidos”. Em todas aquelas abrangidas pela pesquisa mencionou-se que elas dependiam de doações para funcionar. Parte maior ou menor de tais recursos, conforme a entidade, provém de instituições religiosas e cobre despesas cotidianas com alimentação, higiene e transporte. Numa das CTs visitadas, o gestor afirmou que a igreja praticamente “assumia a casa”, ou seja, que esta dependia quase na íntegra dos aportes daquela.

Em nenhuma das CTs admitiu-se abertamente a cobrança regular pelo acolhimento, mas foi mencionada a solicitação de “contribuições” aos familiares (quando têm contato com os internos), na forma de cestas básicas, itens pessoais ou mesmo dinheiro:

Aqui, a gente não cobra, não tem valor fixo. Tem umas instituições aqui na região que cobra [sic]. Tem famílias que ajudam com cesta básica, com higiene pessoal pra cada acolhido; tem igrejas que ajudam também com cesta básica, que têm essa parceria com a gente. O próprio pessoal que sabe do nosso projeto também ajuda muito; tem empresas... (técnica da CT “C”)

Na CT que acolhe mulheres, mencionou-se ainda que eram solicitadas contribuições das beneficiárias do Bolsa Família ou de outros rendimentos sociais (gestor da CT “G”). E em outra instituição, voltada ao público masculino, citou-se-se o “apadrinhamento” feito por uma pessoa que assume as despesas do “acolhido”. Nesse caso, o próprio ingresso no “tratamento” pressupõe a existência de um “padrinho” indicado pelos profissionais da CT:

A gente busca pessoas conhecidas, que a gente sabe que tem uma condição financeira, que é empresário, microempresário, e a gente fala do projeto, e a gente diz: “Olha, a gente está precisando de acolher uma pessoa, e ela não tem nada, a família não tem como ajudar a gente com nada, e aí você pode estar ajudando a gente?” Aí a pessoa se dispõe a ajudar. (técnica da CT “I”)

Recursos públicos

ENTREVISTADOS AFIRMARAM QUE AS CTS “AJUDAM” O ESTADO, LOGO DEVERIAM RECEBER FINANCIAMENTO PÚBLICO SEM PRECISAR CUMPRIR MUITAS EXIGÊNCIAS

Todos os dirigentes entrevistados queixaram-se da falta de recursos como um forte entrave à atuação das CTS, sendo o financiamento público visto como uma solução para garantir a manutenção e a expansão do trabalho, quer pela aplicação em obras ou na construção de novas sedes, quer para cobrir o pagamento de funcionários contratados ou para outros fins. Como já se mencionou, todas as unidades abrangidas na pesquisa estavam credenciadas a receber tais recursos em editais federais, estaduais ou municipais, mas apenas uma disse recebê-los regularmente,⁶⁴ por meio de um edital do Ministério da Justiça e da Segurança a que havia concorrido em 2018.⁶⁵ Uma delas informou que o valor se destinava a custear 25 vagas na unidade, atingindo um total de 351,7 mil reais por ano e podendo ser gasto de diversas formas, incluindo custeio de refeições, transporte, manutenção, contratação de profissionais etc.

Quando as políticas nacionais de drogas foram transferidas para o recém-criado Ministério da Cidadania em 2019, este lançou o edital federal de credenciamento hoje em vigor⁶⁶ e habilitou 528 CTS em todo o país, prevendo convênios no valor mensal de R\$ 1.172,23 por vaga ou R\$ 1.527,37 para acolhimento de mulher mãe nutriz acompanhada do lactante. Com a pandemia de Covid-19, o edital foi prorrogado e seu resultado final só foi divulgado em março de 2021. Todas as CTS que a pesquisa visitou conseguiram habilitar-se, mas, até o fim das entrevistas, nenhum contrato havia sido assinado.

No âmbito dos financiamentos municipais, o primeiro edital foi lançado em 2019 pela Secretaria de Ordem Pública, que, como já dito, coordenava à época as políticas de drogas da Prefeitura. O valor total oferecido era de 2,7 milhões de reais, destinados a financiar 225 vagas em CTS. No início de 2020, divulgou-se o resultado do chamamento público, em que nove CTS assinaram contratos para receber recursos em 2020 e 2021, mas em todas elas ouvimos que havia atrasos nos pagamentos e que nem todo o valor contratado fora recebido até o início de 2022. Os valores totais previstos podem ser visualizados no Anexo a este trabalho.

Em 2021, a Coordenadoria de Cuidado e Prevenção às Drogas, agora funcionando na estrutura da Secretaria Municipal de Assistência Social, lançou um novo chamamento para outras 225 vagas, desta vez pelo período de seis meses e no valor total previsto de 1,35 milhão de reais.⁶⁷ Em novembro desse ano, o resultado foi homologado e

⁶⁴ No município do Rio de Janeiro, duas CTS foram habilitadas pelo referido edital, mas, na verdade, trata-se de uma mesma instituição com duas unidades situadas em diferentes bairros. [↗](#)

⁶⁵ Edital de Credenciamento SENAD, nº 1/2018. [↗](#)

⁶⁶ Edital de Credenciamento Público, nº 17/2019. [↗](#)

⁶⁷ N° 37/2021. [↗](#)

indicaram-se sete CTs aptas a assinar o termo de colaboração com a Secretaria para receber o financiamento. Até o final da pesquisa não havia sido divulgado o número de vagas financiadas em cada unidade nem os valores dos contratos. Durante as visitas, observou-se o trabalho de técnicos na organização dos documentos necessários à inscrição nesse edital; num caso, inclusive, a gestora da CT consultou na nossa presença, por telefone, alguém da Vigilância Sanitária que a orientou sobre como lidar com a documentação (CT “D”).

Muitas reclamações foram ouvidas em entrevistas a respeito do nível de exigência dos editais: não só os requisitos burocráticos, mas também, no caso do edital municipal mais recente, a cobrança de certas adaptações estruturais como, por exemplo, o número de técnicos que deveriam compor a equipe da unidade estipulados pelo edital municipal (ver seção 2.3, acima). Segundo os gestores, seria melhor receber primeiro os recursos para então poder fazer as adaptações. Tais críticas ancoram-se no argumento de que as CTs estão “ajudando” o Estado ao responsabilizar-se por uma demanda da qual este “não dá conta”. Logo o poder público teria o **dever** de liberar verbas para tais instituições seguirem funcionando e cumprindo um papel que seria primordialmente do Estado.

O raciocínio soa bastante estranho se lembrarmos o caráter privado das CTs, sua origem em igrejas e a manutenção de fortes vínculos, inclusive financeiros, da maior parte delas com organizações confessionais. Trata-se, tudo indica, de uma estratégia discursiva que, invertendo a ordem dos fatores, busca naturalizar e legitimar o financiamento público de entidades privadas como uma “obrigação” do Estado, visto que ele não cumpre a contento suas funções. Mas, ainda que as CTs preencham efetivamente uma lacuna dos serviços públicos de atenção aos usuários de drogas, isso não elimina o fato de que, nesta como em outras áreas, o direcionamento de recursos públicos resulta de escolhas políticas: por exemplo, expandir os serviços diretamente ofertados pelo Estado para que atendam à demanda existente ou ceder às pressões de grupos privados e terceirizar tais serviços, continuando, porém, a financiá-los. O caso das comunidades terapêuticas ilustra bem os processos políticos pelos quais essas escolhas se dão, pautadas num casamento entre a tendência privatizante do neoliberalismo contemporâneo e a longa tradição de promiscuidade entre as esferas pública e privada no Brasil – sem falar do avanço da influência de grupos religiosos na estrutura de poder do país.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E O ESTADO



Quando se fala em *políticas públicas* é preciso lembrar que:

Por mais óbvio que possa parecer, as políticas públicas são “públicas” – e não privadas ou apenas coletivas. A sua dimensão “pública” é dada não pelo tamanho do agregado social sobre o qual incidem, mas pelo seu caráter “imperativo”. Isto significa que uma das suas características centrais é o fato de que são decisões e ações *revestidas da autoridade soberana do poder público*.⁶⁸

Vale dizer: as pressões e disputas para incluir instituições privadas em programas governamentais são embates pelo caráter *imperativo* que elas imprimem às escolhas políticas, legitimando-as e justificando a apropriação de recursos públicos por entes particulares. Mesmo quando a participação de tais entes é inevitável ou mesmo desejável, a manutenção da natureza *pública* das políticas de Estado exigiria que eles não tivessem autoria nem participação direta no *desenho* dessas políticas, ou seja, não influíssem nas decisões que privilegiam e legitimam um certo caminho em detrimento de outras alternativas.

Mas não é o que se vê em muitas áreas nem, especificamente, na história recente das CTs. No caso do Rio de Janeiro, a movimentação de alguns personagens do campo revela tentativas variadas de aproximar instituições privadas de origem confessional do poder público. Nessa direção, passo importante foi a criação da Fecomterj (Federação de Comunidades Terapêuticas do Estado do Rio de Janeiro), organização formada por gestores, cujo fundador e “embaixador honorário” é o dirigente de uma importante rede de CTs que atua em diversos estados, com forte influência em órgãos públicos relacionados à temática das drogas.⁶⁹

O estudo de Priscila Barroso (2021) destaca o papel do associativismo na mobilização política, no surgimento de lideranças e no estabelecimento de acordos que promovem esse tipo de “parceria público-privada”, ampliando o espaço das comunidades terapêuticas no campo das políticas para usuários problemáticos de drogas.⁷⁰ Mas, além das organizações corporativas, é possível identificar vários outros mecanismos e estratégias de articulação entre CTs e poder público, como a aprovação de leis, a criação de órgãos e a promoção de cursos e capacitações.

⁶⁸ RUA, M. G. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, Maria. (orgs.). O Estudo da Política: Tópicos Seleccionados. Brasília: Paralelo 15, 1998. Disponível em: <https://bit.ly/3yie7bY>. ↗

⁶⁹ Todas as CTs que visitamos são filiadas à Fecomterj. Nossas entrevistas não mencionaram o papel político mais amplo da entidade; apenas ressaltaram sua importância em assuntos práticos, como divulgação dos editais públicos, indução dos cursos de capacitação oferecidos pela Prefeitura e auxílio mútuo entre as CTs na solução de problemas burocráticos, como obtenção da documentação necessária para concorrer aos financiamentos. ↗

⁷⁰ BARROSO, Priscila Farfan. *Comunidades terapêuticas como política de Estado: uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Porto Alegre: UFRGS, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3viHOaK>. Acesso em: 20/04/22. ↗

Foge do escopo deste trabalho uma análise mais detalhada de como se construiu politicamente a trajetória de ascensão dessas entidades, na contramão da tendência anti-manicomial em vigor até o final dos anos 2000.⁷¹ Mas vale a pena ressaltar brevemente, como exemplo, as estratégias e articulações que facilitaram a parceria “público-privada” entre órgãos municipais e grupos religiosos no Rio de Janeiro, resultantes na abertura de editais de financiamento a comunidades terapêuticas do município e na criação de órgãos fortalecedores da aposta nessas instituições.

Como já foi mencionado, o governo do bispo evangélico Marcelo Crivella (2017- 2020) criou em 2019 a Coordenadoria de Cuidado e Prevenção às Drogas do Município do Rio de Janeiro, direcionada, entre outras coisas, à regulamentação das comunidades terapêuticas. Em vez de localizá-la no âmbito da saúde ou da assistência social, implantou-a na Secretaria de Ordem Pública (Seop), tendo à frente, não um profissional da área médica ou psicossocial, e sim Douglas Manassés, gestor de uma grande rede de CTs ligada à Igreja Universal do Reino de Deus, a mesma do prefeito.⁷² Simultaneamente e com o mesmo objetivo, foi reativado o Conselho Municipal sobre Drogas, cuja presidência passou a ser ocupada pelo secretário da Seop Paulo Amendola, ex-comandante da Guarda Municipal e ex-policial militar do Bope. A manobra consistiu em ampliar o espaço das comunidades terapêuticas nas políticas municipais sobre drogas situando seus instrumentos de incentivo e controle *fora* da área da saúde e da assistência social, onde o projeto encontrava maiores resistências, e valendo-se de articulações políticas favoráveis na área da segurança. Isso fica bastante claro no relato do próprio Manassés, ex-coordenador de Cuidado e Prevenção, que tentara dois anos antes habilitar suas

A “PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA” ENTRE ESTADO E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS CONSTRÓI-SE EM ARTICULAÇÕES POLÍTICAS E RELIGIOSAS. NO RIO, O PREFEITO CRIVELLA E O DONO DA REDE MANASSÉS DE CTS , AMBOS DA IGREJA UNIVERSAL, LANÇARAM O PRIMEIRO EDITAL MUNICIPAL DE FINANCIAMENTO A ESSAS INSTITUIÇÕES.

⁷¹ Ver PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 19, n. 2, . 2014. Disponível em <https://bit.ly/37MmvoX>. ↗

⁷² Luiz Ernesto Magalhães, Bruno Abbud e Diego Amorim, “Grupo de assessores de Crivella transita entre a religião e a política”. *O Globo*, 07/07/2018. Disponível em: <http://glo.bo/3M4UJTT>. Manassés havia sido candidato a vereador em 2016, ocasião em que o Tribunal Regional Eleitoral apreendera “santinhos” em uma de suas unidades para usuários de drogas e levantara a suspeita de uso dos “internados” como cabos eleitorais. Ver Gustavo Schmitt e Bruno Góes, “TRE-RJ faz operação em centro de dependentes químicos de candidato do PRB”. *O Globo*, 18/09/2016. Disponível em: <http://glo.bo/30P7TpM>. ↗

CTs para receberem recursos públicos, mas a inscrição fora recusada pelo Conselho Municipal de Assistência Social.⁷³

Chegando na Seop (Secretaria de Ordem Pública), *tivemos a estrutura da secretaria à nossa disposição, inclusive da Guarda Municipal, o que deu muita robustez ao nosso trabalho*. Realizamos muitos atendimentos e encaminhamentos para as comunidades terapêuticas. Por meio de uma portaria conjunta da Vigilância Sanitária e da SMASDH (Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos), regulamos o serviço das comunidades terapêuticas a nível sanitário, cumprindo uma portaria da Anvisa, a RDC 29, que não se cumpria no município. Apoiamos o trabalho da Federação das Comunidades Terapêuticas do Estado do Rio de Janeiro; demos assessoria à Alerj na criação da Comissão em Defesa das Comunidades Terapêuticas, presidida pelo deputado Marcos Pacheco (PSC). (...) Fomentamos esses recursos *com o apoio da Seop* (...). *Dentro da SMASDH não conseguíamos executar*, pois a assistência é um serviço tipificado *que não compreende as comunidades terapêuticas como serviço afim de assistência. O caminho foi designar essa Coordenadoria para dentro da Seop* (itálicos nossos).⁷⁴

⁷³ Luiz Ernesto Magalhães, Bruno Abbud e Diego Amorim, “Grupo de assessores de Crivella transita entre a religião e a política”, *op. cit.* ↗

⁷⁴ Ata da reunião do Conselho Estratégico de Informações da Cidade, realizada em 27/08/2020. Disponível em: <https://bit.ly/3QGVJ22>. ↗

CONCLUSÃO

Viu-se ao longo do trabalho que a internação em comunidades terapêuticas têm sido transformada em política pública preferencial para pessoas pobres que fazem uso problemático de drogas. Instituições privadas, filiadas direta ou indiretamente a igrejas, sem contornos definidos nem padrões técnicos de funcionamento, vêm recebendo, assim, nos últimos anos, um grande e crescente volume de recursos públicos.

Desde 2011, o governo federal financia vagas em comunidades terapêuticas por meio de editais de chamamento público, prática que se acelerou na gestão Jair Bolsonaro, quando a legislação foi alterada, sobretudo com a nova Lei de Drogas de 2019, para regulamentar e incentivar financeiramente essas entidades.

O caso do Rio de Janeiro, abordado pela pesquisa, ilustra de modo eloquente como se deu o fortalecimento das CTs no campo das políticas para usuários de drogas, com a mobilização de diversos mecanismos e articulações políticas para aproximar essas entidades do poder público e torná-las aptas a receber recursos estatais. Atores-chave com interesses diretamente ligados à promoção das CTs operam no Legislativo e/ou no Executivo de modo a garantir que elas se tornem o centro das estratégias para lidar com o uso de drogas, bloqueando, inclusive, a possibilidade de um debate mais aberto sobre o tema. O poder das redes formadas por instituições religiosas, sobretudo evangélico-pentecostais, tanto no espaço parlamentar quanto no governamental, tem sido de grande peso no progressivo desmonte da Reforma Psiquiátrica e da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em prol da ascensão do modelo de internação para reforma moral de indivíduos pobres que fazem uso de substâncias psicoativas.

Nas entrevistas com gestores e profissionais de CTs habilitadas ao financiamento público no município do Rio, foram muito ressaltados os esforços que estariam sendo feitos de “modernização” dessas entidades, com adequação das suas rotinas e infraestruturas à legislação vigente – o que abrangeria desde alterações nos espaços físicos e nas práticas rotineiras até a redução do viés marcadamente religioso em proveito de uma abordagem mais “científica” ao consumo de drogas.

Mas esse discurso de mudança frequentemente colide com afirmativas dos mesmos entrevistados que denotam, ao contrário, a permanência do modelo moral-religioso no centro do “tratamento” ofertado. Isso se manifesta, por exemplo, no recurso a explicações bíblicas para o uso problemático de drogas, na atribuição da “cura” à ação divina e na obrigatoriedade de os “acolhidos” participarem das atividades religiosas. A droga em si continua sendo vista como o “mal” a combater, se não diretamente com práticas de exorcismo (como um entrevistado disse que se fazia anteriormente), por meio de um programa de reforma moral ancorado na aceitação de que um “poder superior” rege o destino dos indivíduos.

Não bastasse a flagrante violação da liberdade de consciência e de crença, fazem parte também do “tratamento” a abstinência total dos prazeres “mundanos”, incluindo sexo, e, mais grave ainda, a tentativa de “cura” da homo e da transexualidade, explicitamente admitida por alguns dos funcionários entrevistados. Os órgãos de fiscalização têm feito vista grossa a essas violações de direitos básicos e de muitas outras normas legais, permitindo e legitimando o funcionamento de comunidades terapêuticas que descumprem abertamente a Constituição e, em vários casos, não observam sequer as frouxas exigências da legislação específica.

As CTs se multiplicaram no vácuo das políticas públicas de moradia, educação e saúde. Famílias negras e pobres recorrem a tais entidades em busca de acolhimento em situações de extrema vulnerabilidade e veem muitas vezes no isolamento a chance de proteger ou mesmo salvar a vida de uma pessoa próxima. Isso tem servido de justificativa para o direcionamento de polpidos recursos federais, estaduais e municipais a tais instituições, sem contrapartida efetiva de transparência, adequação a padrões técnicos e enquadramento legal. A outra face dessa política, não por acaso, é o desmonte da Rede de Atenção Psicossocial e a dificultação do acesso de usuários de drogas pobres a formas de cuidado capazes de abranger diversos níveis de complexidade, não orientadas pelo paradigma moral-religioso. Parece bastante clara, portanto, a relação entre financiamento público de comunidades terapêuticas, junto com o sucateamento de serviços de base técnico-científica, e o avanço de grupos religiosos no sistema de poder do país.

Ainda que possa ser o único recurso à disposição de famílias pobres, não há nenhuma evidência de que o “tratamento” oferecido pelas CTs – baseado na abstinência total, no isolamento, na imposição de fé e na “reforma moral” – seja eficaz para amenizar os danos causados pelo consumo de substâncias psicoativas. Sequer há meios de medir os resultados de tal “tratamento”, já que ele está longe de pautar-se por critérios técnicos de avaliação.

Da mesma forma que devemos nos perguntar para que serve a “guerra às drogas” no campo da segurança pública, sabendo-se que ela não reduz em nada a produção, a venda ou o consumo das substâncias proibidas, precisamos também indagar a que projeto está efetivamente atendendo essa opção pelas comunidades terapêuticas como foco central das políticas para usuários. Não se trata – é importante lembrar – de um questionamento das boas intenções que certamente animam operadores das CTs, muitos deles voluntários. Trata-se de questionar se o Estado deve investir recursos para promover “tratamentos” altamente controvertidos, oferecidos por instituições privadas de origem confessional e de legalidade duvidosa, ou garantir a todos os cidadãos o acesso a serviços públicos de qualidade, diversificados e capilarizados, que respeitem direitos e necessidades individuais. A menos que se revogue a Constituição de 1988 e que o Brasil se transforme num Estado teocrático, a segunda opção é seguramente a mais adequada.

Anexo: Caracterização das nove comunidades terapêuticas visitadas

CT	Ano de criação	Localização (zona da cidade)	Filiação religiosa*	Vagas disponíveis	Vagas ocupadas no momento da visita	Equipe	Vínculo da equipe	Editais de financiamento	Valor mensal previsto por vaga
1	2000	Oeste	Universal do Reino de Deus	30	19	1 responsável e 4 profissionais com ensino superior	Misto (contratados e voluntários)	Municipal (SEOP n° 01/2019) e Federal (MC n° 17/2019)	R\$ 1.000,00 (Municipal) e R\$ 1.172,23 (Federal)
2	2005	Norte	Evangélica (não especificada)	50	42	1 responsável e 1 profissional com ensino superior	Voluntários	Municipal (SEOP n° 01/2019) e Federal (MC n° 17/2019)	R\$ 1.000,00 (Municipal) e R\$ 1.172,23 (Federal)
3	2010	Oeste	Católica carismática	21	16	1 responsável e 3 profissionais com ensino superior	Voluntários	Municipal (SEOP n° 01/2019) e Federal (MC n° 17/2019)	R\$ 1.000,00 (Municipal) e R\$ 1.172,23 (Federal)
4	2010	Norte	Evangélica Pentecostal	25	18	1 responsável e 2 profissionais com ensino superior	Voluntários	Federal (MC n° 17/2019)	R\$ 1.172,23
5	2011	Norte	Assembleia de Deus	25	18	1 responsável e 2 profissionais com ensino superior	RPA	Municipal (SEOP n° 01/2019) e Federal (MC n° 17/2019)	R\$ 1.000,00 (Municipal) e R\$ 1.172,23 (Federal)
6	2011	Oeste	Metodista	35	13	1 responsável e 3 profissionais com ensino superior	Voluntários	Federal (MC n° 17/2019)	R\$ 1.172,23
7	2013	Oeste	Assembleia de Deus	25	18	2 profissionais com ensino superior	Voluntários	Federal (MC n° 17/2019)	R\$1.172,23
8	2013	Norte	Católica carismática	60	Não informado	1 responsável e 3 profissionais com ensino superior	Misto (contratados e voluntários)	Municipal (SEOP n° 01/2019) e Federal (MJ n° 01/2018)	R\$1.000,00 (Municipal) e R\$1.172,23 (Federal)
9	2015	Oeste	Adventista	25	15	1 responsável e 5 profissionais com ensino superior	Voluntários	Federal (MC n° 17/2019)	R\$1.172,23

* Atribuída a partir de observações feitas durante as visitas e por busca na internet.

Realização

cesec

Centro de Estudos de Segurança e Cidadania

Apoio



**OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS**



ISBN 978-855969016-3



9

788559

690163