



7º Encontro Internacional de Política Social
14º Encontro Nacional de Política Social
Tema: **Contrarreformas ou Revolução: respostas ao**
capitalismo em crise
Vitória (ES, Brasil), 3 a 6 de junho de 2019

Eixo: **Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.**

**COMUNIDADE TERAPÊUTICA RELIGIOSA: UM PÂNTANO NA BUSCA
POR AJUDA**

Giovanna Bardi¹

Resumo

Atualmente, em nosso país, as comunidades terapêuticas se disseminam, ganham força política e lutam por financiamento público. Esse processo, contudo, vem acompanhado de inúmeras denúncias de violação aos direitos humanos mais básicos. Diante desse contexto, este texto propõe um resgate histórico do surgimento dessas instituições, tendo como perspectiva o desafio de compreender suas configurações no Brasil e avaliar os distanciamentos que possuem das instituições pensadas no bojo da Reforma Psiquiátrica europeia. Percebemos que as suas configurações, ainda que heterogêneas, muito se distanciam, por diversos motivos, daquilo que fora idealizado no princípio. Apesar disso, sua expansão prossegue, se somando à ausência de estratégias efetivas que deem conta da questão das drogas.

Palavras-chave: Drogas; Comunidades Terapêuticas; Tratamento.

Religious therapy community: a swamp in the search for help

Abstract

Today, in our country, the therapeutic communities are spreading, gaining political strength and fighting for public funding. This process, however, is accompanied by numerous allegations of violation of the most basic human rights. In view of this context, this text proposes a historical rescue of the emergence of these institutions, having as a perspective the challenge of understanding their configurations in Brazil and the distances they have of the institutions thought in the heart of the European Psychiatric Reform. We can see that its configurations, although heterogeneous, are very distant, for various reasons, from what had been idealized in the beginning. Despite this, its expansion continues, in addition to the absence of effective strategies to deal with the drug issue.

Keywords: Drugs; Therapeutic Communities; Treatment.

Introdução:

Trataremos aqui das comunidades terapêuticas religiosas, a partir de um resgate histórico de sua existência, tendo como perspectiva o desafio de compreender suas configurações no Brasil e, mais especificamente, no estado do Espírito Santo. Além disso, tendo em vista o contexto internacional de criação dessas instituições, procuramos avaliar as possíveis aproximações e distanciamentos das comunidades terapêuticas que hoje vigoram no país.

O debate empreendido demonstra que a origem das comunidades terapêuticas enquanto instituições destinadas a usuários de drogas é ainda um debate sem consenso na

¹ Mestre em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: <bardi.giovanna@gmail.com>.

literatura. Contudo, a ideia de uma comunidade terapêutica não começou a ser pensada prioritariamente para esse público, mas sim, para indivíduos com problemáticas de saúde mental mais tradicionais, no bojo das reformas psiquiátricas da Inglaterra, no período pós segunda guerra mundial (LIMA, 2016).

A seguir, faremos um resgate histórico acerca do surgimento das comunidades terapêuticas no mundo e no Brasil, com foco específico no estado do Espírito Santo, discutindo as suas características a partir da ideia inicial dessas instituições e das suas conceituações posteriores, ressaltando os contornos tomados com o passar do tempo e as configurações atuais.

O surgimento das comunidades terapêuticas e a sua chegada ao Brasil

Em meados do século XX Maxwell Jones² iniciou o movimento de reforma da psiquiatria mundial, desenvolvendo o modelo de comunidade terapêutica psiquiátrica, visando uma maior interação do paciente no seu próprio processo de tratamento, numa lógica de desconstrução da verticalidade da relação médico-paciente (LIMA, 2016).

A proposta de Jones (1972) vinha para se contrapor a todo um histórico de enclausuramento de indivíduos considerados desajustados socialmente. A internação de pessoas como forma de controle social é algo que remonta ao final da Idade Média, quando se iniciam o cercamento das terras, a propriedade privada do solo e a extinção gradativa das terras comuns da qual vivia a população rural. Os considerados “sobrantes”, enormes contingentes de população desalojada, passam a vagar por territórios que também estão em processo de privatização e, portanto, fazem com que sejam observados como uma ameaça (ROCHA, 2004).

Posteriormente, com o processo de medicalização da loucura, na metade do século XVIII, os médicos passaram a propor uma reorganização do espaço do enclausuramento, fazendo uma separação dos indivíduos que possuíam transtorno mental. Philippe Pinel, um desses profissionais, propõe o Tratamento Moral para esse público, método baseado na exclusão do indivíduo com a imposição de horários fixos para as atividades do dia, disciplinamento e trabalhos rotinizados (CASTEL, 1978).

² Um aspecto que necessitamos ressaltar é que apesar de Jones ter sido precursor no desenvolvimento do modelo da comunidade terapêutica, antes dele, T. F. Main teria cunhado o termo “comunidade terapêutica”, em 1946, quando publicou *The Hospital as a Therapeutic Institution*, descrevendo o hospital de Northfield sob o título “Uma comunidade terapêutica” (SCHITTAR, 1985).

Essa lógica de tratamento sustentou grandes contingentes populacionais no interior dos hospitais psiquiátricos por longos anos, e somente foi posta em questão depois da Segunda Guerra Mundial, momento em que se iniciou um processo de desmobilização dessas instituições e quando se deu o surgimento da proposta da comunidade terapêutica na Inglaterra. Ainda assim, embora tenha havido mudanças na lógica do tratamento, não houve uma alteração na essência das práticas manicomiais segregadoras³.

Com relação à aproximação dessas instituições com a temática da droga há divergências na literatura. Uma das perspectivas aponta o ano de 1948 como de criação da primeira comunidade terapêutica mista na área de drogas. Foi fundada no município de Center City, Minnesota, Estados Unidos, na Clínica de Hazelden, onde se utilizou os princípios de Alcoólicos Anônimos, elaborando o manejo profissional dos Doze Passos. A equipe profissional recrutava membros de Alcoólicos Anônimos - AA e ex-pacientes da unidade em reabilitação para compor a equipe (LIMA, 2016).

A outra perspectiva aponta que a fundação da primeira comunidade terapêutica, chamada de Synanon, teria se dado em Santa Mônica, na Califórnia, Estados Unidos, no ano de 1958. Chuck Dederich, que advinha de Alcoólicos Anônimos, e um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiram viver juntos para, além de ficarem em abstinência, buscarem um estilo alternativo de vida (DE LEON, 2008).

No Brasil, o final da década de 1960 foi o contexto de emergência das comunidades terapêuticas. A primeira experiência de comunidade terapêutica relacionada à assistência aos usuários de drogas se deu no município de Goiânia, em 1968, chamada de “Movimento Jovens Livres”, fundada pela Missionária Ana (CHAVES; CHAVES, 2007)⁴.

³ Podemos citar uma das primeiras comunidades terapêuticas dos Estados Unidos como um exemplo da natureza contraditória das relações de poder dessas instituições. A comunidade fora fundada numa instituição militar, no Centro Psicodiagnóstico da Marinha dos EUA, em Oakland, Califórnia, com uma hierarquia militar baseada em regras bastante rígidas, num pavilhão fechado à chave (SCHITTAR, 1985). Ressalta-se que essa experiência ainda não se destinava aos usuários de drogas.

⁴ Posteriormente, surgiram muitas outras comunidades terapêuticas no nosso território, como a “Movimento S 8”, fundada pelo Pastor Jeremias Fontes na cidade de Niterói, Rio de Janeiro, em 1971; a “Esquadrão da Vida” de Bauru, fundada por Edmundo Muniz Chaves em Bauru, São Paulo, em 1972; a “Desafio Jovem” de Brasília, fundada pelo Pastor Galdino Moreira Filho em Brasília, Distrito Federal, em 1972; a “Desafio Jovem Peniel”, fundada pelo Pastor Reuel Feitosa em Belo Horizonte, Minas Gerais, no ano de 1972; a “Desafio Jovem de Rio Claro”, fundada por Sra. Vera Lúcia Silva, em 1975; a “MOLIVE”, fundada pelo Pastor Nilton Tuller em Maringá, Paraná, em 1975; a “Associação Promocional Oração e Trabalho – APOT - Fazenda do Senhor Jesus”, fundada pelo Padre Haroldo J. Rahm em Campinas, São Paulo, em 1978; dentre muitas outras (GEHRING, 2014).

Pouco depois do surgimento da primeira comunidade terapêutica em território nacional, chegou também ao Brasil, na década de 80, o movimento de Reforma Psiquiátrica. Sob a égide de “Luta Antimanicomial”, o movimento teria como foco principal a retomada da cidadania do doente mental, como forma de melhorar o seu grau de autonomia, e com este a sua qualidade de vida. Até o momento, a clínica era o principal dispositivo construído socialmente para se relacionar com a loucura (TENÓRIO, 2002).

Interessante perceber que é essa luta que irá conquistar novos dispositivos territoriais de atenção e cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico, mas é também, justamente neste mesmo período de avanço, que irão aparecer e proliferar, paradoxalmente, as ofertas das comunidades terapêuticas que trabalham na lógica da segregação (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

O tempo de segregação numa comunidade terapêutica varia, segundo De Leon (2008), entre seis e nove meses, enquanto que o tempo médio de internação nos leitos em hospitais gerais, de acordo com as políticas públicas advindas da Reforma Psiquiátrica, é de até 90 dias e sempre com o intuito final da alta, com o subsequente acompanhamento posterior (BRASIL, 2003; 2010).

Dessa maneira, estamos lidando com um mecanismo que exclui geograficamente os indivíduos internados, segregando-os de seu meio social e familiar, sob as alegações que a “cura” só pode ser conquistada por meio do isolamento dos perigos do meio social (RIBEIRO; MINAYO, 2015). Para contribuir com esse isolamento, inúmeras comunidades terapêuticas estão instaladas na zona rural e distantes das cidades, cenário que nos remete ao relato de como essa história começou: as internações de pessoas como forma de controle social ocorridas no final da Idade Média, os considerados “sobrantes” enclausurados. Um salto de proximidade entre o final do século XV e os tempos atuais.

Apesar de datarem da década de 60 no país, sua organização formal é mais recente e se deu, primeiramente, com a fundação da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas⁵ (FEBRACT), em 1990.

Posteriormente, dada a multiplicação destes serviços sem qualquer regulamentação, a partir de uma determinação do Conselho Nacional sobre Drogas –

⁵ Segundo o sítio eletrônico da FEBRACT, esta consiste numa organização da sociedade civil cadastrada na SENAD, sem fins lucrativos, que oferta capacitações com o objetivo de preparar profissionais para compor equipes em comunidades terapêuticas. Além disso, oferta um programa de certificação dessas instituições, que se trata de uma iniciativa da Federação Latino Americana de Comunidades Terapêuticas que visa sistematizar e uniformizar a organização dos recursos humanos das comunidades terapêuticas, validando formalmente a experiência e a capacidade técnica de cada um de seus colaboradores.

CONAD para o estabelecimento de um padrão básico para funcionamento dos mesmos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA⁶ publica a Resolução da Diretoria Colegiada de N° 101/2001, que estabeleceu um regulamento técnico para o funcionamento de serviços de atenção a Pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

A RDC n° 101, atualizada pela RDC n° 29 de 2011 da ANVISA, regulamenta as práticas das comunidades terapêuticas, indicando-as como:

serviços urbanos ou rurais, de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (BRASIL, 2011, s/p).

Em termos de definições mais formais dessas instituições, a partir da página do Ministério da Justiça do Governo Federal⁷, na parte de “Políticas sobre Drogas”, encontramos um tópico com o nome de “Comunidades Terapêuticas”. Neste, o que aparece é a seguinte definição:

Comunidades Terapêuticas são instituições privadas, sem fins lucrativos, que prestam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. O acolhimento é realizado em regime residencial, de forma temporária e exclusivamente voluntário. O principal instrumento terapêutico utilizado nas Comunidades Terapêuticas durante o tratamento é a convivência entre os pares (BRASIL, 2018, online).

Fica perceptível que o plano “Crack, é possível vencer”, considera a importância deste dispositivo. Ressaltamos que, na iniciativa do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas” (BRASIL, 2012), além de portarias ministeriais que preveem a implantação de CAPS AD, também foi aprovado pelo Ministério da Saúde, por meio da

⁶ A construção desta proposta de regulamento foi elaborada por Grupo de Trabalho coordenado pela ANVISA, integrado por representantes da Coordenação de DST/AIDS e da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com contribuições de órgãos e entidades envolvidas na assistência às pessoas com problemas de dependência química (BRASIL, 2003).

⁷ O sítio eletrônico é este: <http://www.justica.gov.br/>.

Portaria nº 131 de 2012, o incentivo e financiamento das comunidades terapêuticas que estivessem de acordo com as normas vigentes da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2012).

Logo depois, em dezembro de 2011, foi publicada a portaria que redesenhou a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo as pessoas em sofrimento com uso nocivo de álcool e outras drogas. “As comunidades terapêuticas foram incluídas como serviço da Atenção Residencial de Caráter Transitório, portanto, inseridas no SUS, demonstrando a força política a despeito da tensão interna gerada no âmbito da saúde pública e, particularmente, da saúde mental” (LIMA, 2016, p. 166).

Segundo consulta feita ao site do “Observatório Crack, é Possível Vencer” em dezembro de 2017, existem, no Brasil, 7.541 vagas em 336 comunidades terapêuticas. Com relação aos CAPS AD III 24 horas, que são serviços específicos para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas, temos, segundo a mesma fonte, 59 instituições, sendo que não encontramos a informação sobre o número de vagas existentes.

Conforme a FEBRACT⁸ existem, atualmente, 150 comunidades terapêuticas no território nacional, havendo uma distribuição bastante desigual a depender de cada estado e de cada região brasileira.

Interessante notar que o número de comunidades terapêuticas registradas na FEBRACT (150) é bastante inferior ao número das comunidades terapêuticas contabilizadas pelo “Observatório Crack, é Possível Vencer” (336) à época da consulta. Já a Nota Técnica n. 21, divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, em 2017, afirma que, conforme os dados do survey realizado, haveria cerca de 1950 comunidades terapêuticas instaladas em nosso território, ofertando cerca de 83.600 vagas para tratamento (IPEA, 2017).

De toda essa “chuva” numérica destacamos dois principais pontos: um dos aspectos é que a maior parte dessas instituições estão funcionando sem nenhum tipo de registro, o que traz desafios relacionados à fiscalização do cumprimento de requisitos mínimos de funcionamento. Outro aspecto é o fato de que, certamente, a oferta de tratamento nas comunidades terapêuticas é imensamente maior do que a oferta realizada nos CAPS AD.

⁸ Dados retirados do site da FEBRACT: <http://febract.org.br/portal/>.

Por esses motivos (e outros), o movimento das comunidades terapêuticas no Brasil tem sofrido severas críticas ao longo da última década, assim como muitas denúncias e rigorosas fiscalizações, como a realizada em 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que se deparou com práticas e intervenções institucionais marcadas por preconceitos morais relacionados à orientação sexual, o uso da laborterapia, a exigência de abstinência sexual e a intimidações ditadas por crenças religiosas (CFP, 2011). Tais denúncias nada se assemelham as definições encontradas nos documentos oficiais citadas acima. No novo relatório do Conselho Federal de Psicologia, publicado em 2018, a situação continua emblemática. Das 28 instituições visitadas, em todas foram identificadas práticas que configuram violações de direitos humanos (CFP, 2018).

Todas as 28 comunidades terapêuticas visitadas informaram basear a atenção oferecida no modelo de abstinência e cada uma delas fez referência a práticas religiosas, seja com base em uma religião específica, seja pela atuação em torno da espiritualidade de modo mais geral, inclusive pelo uso de metodologias que incluem essa perspectiva. Do total, 27 informaram utilizar a laborterapia como método de tratamento (CFP, 2018).

Sobre o uso desses métodos de tratamento, os dados do IPEA trazem o mesmo cenário, uma vez que o cultivo da espiritualidade e a laborterapia são comuns a mais de 90% das entidades (IPEA, 2017).

Sobre a abordagem religiosas no tratamento, em apenas quatro das 28 das comunidades terapêuticas visitadas⁹, é possível afirmar que não foram presenciadas ou registradas restrições à liberdade religiosa. Em muitas há imposição de uma rígida rotina de orações e foram colhidos inúmeros relatos de obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas, bem como a punição em casos de negativa – inclusive por meio do aumento da carga de “laborterapia”.

Ainda com relação ao método de tratamento, constatou-se que as instituições não oferecem ferramentas que permitam, às pessoas internadas, a produção de novos projetos de vida ou a aquisição de capacidades e formação para retornar ao convívio familiar, ao trabalho ou à comunidade (CFP, 2018). Embora na Resolução da ANVISA, as

⁹ Os dados do IPEA também confirmam a majoritária presença desse aspecto no interior dessas instituições, uma vez que 82% delas, no cenário nacional, encontram-se vinculadas a igrejas e organizações religiosas, notadamente as de matriz cristã (IPEA, 2017). De todas as vagas ofertadas, 41% correspondem a comunidades terapêuticas de orientação pentecostal. Já as comunidades terapêuticas católicas ofertam 26% das vagas totais. As instituições que se declaram sem orientação religiosa específica oferecem 19% de todas as vagas. As comunidades terapêuticas que mencionaram vincular-se a outras religiões, que não as mencionadas no questionário do IPEA, oferecem 9% das vagas brasileiras. Por fim, as instituições de orientação evangélica de missão ofertam 5% das vagas totais (IPEA, 2017).

comunidades terapêuticas devam ser promotoras de rede de ajuda, resgate de cidadania e reinserção social dos internados, questionamos: Como? Se os internados pouco estabelecem conexão com a sociedade? Que rede seria essa? Como se daria a reinserção social se, segundo dados do IPEA (2017), apenas 46% dessas instituições está articulada a projetos e ações de qualificação dos internos para o mercado de trabalho?

Sobre essa reinserção social, o que se tem observado na realidade, segundo Damas (2013) é que grande parte dos usuários de drogas que ficam internados em comunidades terapêuticas, ao retornarem à sociedade, rapidamente recaem no uso de substâncias.

Outro aspecto importante, é a estrutura das instituições, entre as 28 comunidades terapêuticas visitadas, apenas dez apresentaram alvará sanitário válido para o ano corrente (CFP, 2018). Além disso, as instituições estão, geralmente, em locais de difícil acesso e com a presença de muros, grades e portões – em alguns casos, também de vigilantes, que regulam a saída do estabelecimento. Muitas, inclusive, recorrem à punição em caso de tentativa de fuga. Em 16 instituições foram identificadas práticas de castigo e punição a internos, como obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, perda de refeições e a violência física. Também foram identificadas, em 10 instituições, práticas como isolamento por longos períodos, privação de sono, supressão de alimentação e uso irregular de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) (CFP, 2018).

Os dados do IPEA (2017) também citam como sanções a suspensão de contatos telefônicos com familiares e amigos (praticada por 22% das instituições); o aumento temporário das atividades de laborterapia (mencionado por 16%); e o afastamento temporário dos (as) demais acolhido (as) (mencionado por 7,5% das entidades) (IPEA, 2017). Como o aumento de uma das principais estratégias de tratamento, a laborterapia, pode ser usado como punição?

Com relação à equipe de trabalho presente nestas instituições, em 15 das 28 comunidades inspecionadas, houve menção à presença de voluntários. Há poucos profissionais com formação na área de saúde e muitos monitores (CFP, 2018). Esse processo de profissionalização, considerado recente, parece ser decorrente das exigências em torno do acesso a recursos públicos (nos níveis municipais, estaduais e federal) (IPEA, 2017).

Outra questão complexa são os tipos de internação encontrados dentro das comunidades terapêuticas brasileiras. Dentre as 28 comunidades terapêuticas visitadas

pelo CFP, 10 afirmaram receber apenas internações voluntárias, uma afirmou receber apenas internações involuntárias e compulsórias e 17 afirmaram receber internações voluntárias, involuntárias e compulsórias.

Com relação às voluntárias, são as únicas permitidas nas comunidades terapêuticas segundo a ANVISA, em sua RDC nº 29 de 2011, que manifesta que é preciso garantir que a permanência na internação seja voluntária. A Lei nº 10.216/2001 estabelece que, para qualquer um dos três tipos de internação, inclusive a voluntária, é requerido laudo médico circunstanciado, expedido por médico devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde ocorrerá o internamento. Entretanto, cabe ressaltar que apenas uma comunidade terapêutica apresentou o laudo médico, com diversos pontos problemáticos (CFP, 2018).

Contudo, das 17 instituições que afirmam que recebem internações compulsórias ou involuntárias – e que, portanto, precisariam ter médicos contratados segundo os requisitos do CFM –, dez não informaram a disponibilidade de médico contratado. Das sete que afirmaram contar com tais profissionais na equipe técnica, nenhuma relatou ter plantão médico presencial em todo o horário de funcionamento, em evidente desacordo com a norma (CFP, 2018).

Como podemos observar por meio desse debate, as comunidades terapêuticas brasileiras se tornaram algo que se encontra muito distante do que pensava Jones. Para ele, a ideia da comunidade terapêutica seria de um ambiente democrático, de mobilidade social, no qual todos os membros pudessem fazer-se responsáveis pelo grupo e pela instituição, independentemente das suas características pessoais (JONES, 1972). O que vemos é um pântano na busca por ajuda, no qual se sujeitam (e se afundam) inúmeros indivíduos, sobretudo pobres e marginalizados.

As Comunidades Terapêuticas Religiosas no Espírito Santo

Com relação ao cenário do estado do Espírito Santo, muitas são as semelhanças com o cenário nacional apresentado acima. Pesquisa que se propôs a realizar um diagnóstico das instituições públicas e privadas (com e sem fins lucrativos) atuantes nas políticas de atenção às questões relacionadas ao consumo de drogas, deparou-se com 252 instituições (94% do total de instituições) de cunho não governamental e 16 instituições (6% do total de instituições) de cunho governamental. Dessas instituições governamentais, nove estão vinculadas a esfera municipal, seguidas por quatro

instituições vinculadas à esfera federal e três à esfera estadual. Das instituições municipais, oito são Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas - CAPS AD (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

Esse dado revela um cenário emblemático sobre a estratégia (ou a falta dela) utilizada pelo Estado para dar continência a uma questão complexa como o uso de drogas. Há uma predominância de instituições não governamentais cujos dirigentes, por sua vez, em cerca da metade dos casos (48%) possuem o Ensino Superior concluído, sendo que o curso superior mais mencionado se ao Curso de Teologia, seguidos pelos cursos de Serviço Social e Psicologia (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

Ainda segundo a mesma pesquisa, essas instituições não governamentais, quando questionadas sobre os objetivos institucionais, revelam 97 respostas que se relacionam ao aspecto religioso. As respostas enquadram-se nos seguintes dizeres: “Tratar a partir da base cristã e do caráter de Cristo”; “Resgatar a vida e levar o amor de Jesus Cristo (evangelização)”; “Vivência do Evangelho e em consequência acolher, apoiar e acompanhar a recuperação”; “Ministrar estudos bíblicos com os internos”; “Conhecer a Deus” (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016).

A partir de 2013, essas instituições passaram a receber apoio formal do Estado, por meio do lançamento da Rede Abraço, um Programa de Ações Integradas sobre Drogas, inserido na Secretaria de Estado de Governo e gerenciado pela Coordenação Estadual sobre Drogas do Espírito Santo - CESD. O programa se propôs a atuar com a internação voluntária, em quatro frentes: prevenção, tratamento e reinserção social; governança e pesquisa, capacitação e informação, com o estabelecimento de parcerias com o Terceiro Setor, Prefeituras, Governo Federal e as famílias dos usuários de drogas¹⁰.

Para realizar o encaminhamento para a comunidade terapêutica, criou-se um Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos, um local responsável por uma triagem de usuários que solicitam internação. Para essa triagem foram previstos profissionais com o intuito de diagnosticar o grau da dependência do indivíduo, podendo, posteriormente, realizar o encaminhamento para uma comunidade terapêutica, hospital psiquiátrico, clínica de desintoxicação ou Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, dos municípios. Com relação às instituições acolhedoras, colocou-se a necessidade de que

¹⁰ Essas informações foram retiradas do sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA: <http://saude.es.gov.br/es-repassa-r-650-mil-para-tratar-dependentes> e do sítio eletrônico do Jornal local “ES Hoje”: <http://eshoje.com.br/rede-abraco-projeto-vai-ajudar-na-recuperacao-de-dependentes-quimicos/>.

estivessem credenciadas por meio de um edital (nº 001/2013 - SEG/CESC) baseado nas normas da resolução RDC 29 da ANVISA e Corpo de Bombeiros, com previsão de auxílio de até R\$1.500 por pessoa internada¹¹.

No ano seguinte, notícias sobre repasse de verba para as comunidades terapêuticas do Estado já começaram a veicular na mídia, como uma reportagem no sítio eletrônico da própria Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo, que trata de um financiamento de 650 mil reais do Governo do Espírito Santo, destinado ao município de Alegre, para investir na construção de mais alojamentos na comunidade terapêutica Fazenda Esperança São Francisco de Assis¹².

Posteriormente, a Rede Abraço passa a figurar como “Programa Integrado de Valorização à Vida – PROVIV” que, no final do ano de 2017, passa a ser de responsabilidade da Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH), por meio da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (antiga Coordenação Estadual sobre Drogas)¹³.

As internações por meio de medidas judiciais no Estado do Espírito Santo também necessitam ser mencionadas, pois nos chama a atenção o exorbitante gasto direcionado para essa modalidade em específico. No ano de 2015, o gasto foi de 26.835.512,30 milhões de reais, no ano de 2016, 34.774.346,85 milhões de reais, sendo o mais alto até hoje, e no ano de 2017, o gasto foi de 27.828.394,03 milhões de reais. No ano de 2018, até o dia presente (12 de abril), o gasto foi de 9.180.245,69 milhões de reais¹⁴.

Um aspecto importante sobre essas internações é que, segundo o atual Subsecretário de Políticas sobre Drogas do Estado do Espírito Santo, o montante de dinheiro gasto não é destinado às comunidades terapêuticas do estado, mas sim, às

¹¹ Essas informações foram retiradas do sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA: <http://saude.es.gov.br/es-repassa-r-650-mil-para-tratar-dependentes> e do sítio eletrônico do Jornal local “Linhares em Dia”: <http://www.linharesemdia.com.br/noticias/geral/13909-centro-de-acolhimento-para-dependentes-quimicos-e-inaugurado-no-es.html>.

¹² O acesso à reportagem pode ser feito neste link: <http://saude.es.gov.br/es-repassa-r-650-mil-para-tratar-dependentes>

¹³ Essas informações foram retiradas do sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Direitos Humanos do Estado do Espírito Santo – SEDH: <https://sedh.es.gov.br/proviv>.

¹⁴ Estes dados foram retirados do sítio eletrônico do Portal de Transparência do Estado do Espírito Santo. A consulta pode ser feita clicando em “áreas temáticas” – “saúde” – “despesas com saúde” – escolha do ano que se quer consultar – “sentenças judiciais” – “mandados judiciais na área da saúde, leitos para transtornos mentais e dependência química”. Link: <https://transparencia.es.gov.br/Despesa?filtro.CodFuncaoSelecionado=10&filtro.CodGrupo1Selecionado=2&filtro.CodGrupo2Selecionado=5&filtro.CodGrupo3Selecionado=6>.

clínicas privadas. Isso porque as comunidades terapêuticas apenas recebem acolhimentos voluntários e não compulsórios. Perguntamo-nos, então: Quais seriam as diferenças entre as comunidades terapêuticas e as clínicas privadas do estado do Espírito Santo? Este parece ser um terreno confuso, onde fazer afirmações muito certas torna-se complexo.

Fato é que, em se tratando de comunidades terapêuticas ou de clínicas privadas, todas essas informações que veiculamos deixam evidente que tais ações estão em desacordo com o movimento da Reforma Psiquiátrica e as políticas e portarias geradas a partir dela, com orientações para o tratamento de usuários de drogas.

Diante de todas essas características, podemos constatar que as comunidades terapêuticas brasileiras, além de estarem muito distantes do que se instituiu formalmente para elas, estão muito distantes do que foi idealizado no contexto de surgimento dessas instituições no âmbito internacional. A proposta de Jones (1972), vale retomar, se contrapõe ao enclausuramento dos indivíduos, ao trabalho utilizado como tratamento moral. O mote de sua discussão era uma defesa por autonomia nas tais comunidades terapêuticas que ele idealizava. Na prática, uma parte das nossas comunidades terapêuticas virou tudo aquilo que mais deveria ser evitado na definição inicial.

Em outras palavras, a configuração das comunidades terapêuticas brasileiras está, hoje, mais próxima do que se combatia no contexto de sua criação. Temos, segundo Vasconcelos (2016), um retorno claro a uma das estratégias do repertório histórico da transição para a sociedade capitalista, antes da emergência da psiquiatria pineliana: o tratamento moral da filantropia religiosa.

Apesar disso, a expansão dessas instituições continua, se somando à ausência de estratégias efetivas que deem conta do problema crescente das drogas, a inexistência de diretrizes e de fiscalização contínua das escassas iniciativas, assim como, uma concepção muito presente no senso comum a favor da internação (PERRONE, 2014).

Politicamente podemos observar estratégias conservadoras que favorecem o desenvolvimento das comunidades terapêuticas. Em dezembro de 2017, na primeira e única reunião do ano do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) do Ministério da Justiça, foi apresentada uma minuta de resolução para uma “nova” Política de Drogas que diminui o investimento e o protagonismo dos espaços de cuidado em liberdade, como é o caso dos CAPS AD, e despreza a redução de danos como estratégia terapêutica (BRASIL, 2018). Além disso, em de 2019 foi publicada uma Nota Técnica

11/2019 que propõe a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Considerações Finais

Mais do que enquadrar as definições às práticas que vem ocorrendo, as comunidades terapêuticas talvez precisassem se adequar ao que se instituiu formalmente para elas, ao que se podia esperar delas. Elas estão distantes de suas definições, mas, se voltarmos à ideia original, no âmbito internacional, vemos o quanto estão ainda mais distanciadas daquilo que era defendido. A proposta de Jones (1972) se contrapunha ao enclausuramento dos indivíduos, ao trabalho utilizado como tratamento moral. O mote de sua discussão era uma defesa por autonomia nas tais comunidades terapêuticas que ele idealizava.

Na verdade, a configuração das comunidades terapêuticas brasileiras está, hoje, mais próxima do que se combatia no contexto de sua criação. Temos, segundo Vasconcelos (2016), um retorno claro a uma das estratégias do repertório histórico da transição para a sociedade capitalista, antes da emergência da psiquiatria pineliana: o tratamento moral da filantropia religiosa.

Apesar disso, a expansão dessas instituições continua, se somando à ausência de estratégias efetivas que deem conta do problema crescente das drogas, a inexistência de diretrizes e de fiscalização contínua das escassas iniciativas (PERRONE, 2014). Dessa forma, o não-cumprimento do que prevê a política de saúde mental e a insuficiente quantidade de CAPS AD tornam as comunidades terapêuticas religiosas uma saída fácil para os gestores públicos, que abrem mão de sua responsabilidade pelo tratamento na orientação da redução de danos (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Ademais, precisamos salientar que a religião impera nessa estratégia de tratamento e rege suas práticas cotidianas. Esse aspecto necessita ser destacado: Por que a aproximação entre religião e essas instituições se deu, sobretudo, em nosso país? Essa não é uma realidade tão presente nas comunidades terapêuticas de outros lugares do mundo. Reiteramos a hipótese de que o processo de desenvolvimento dessas entidades tenha se dado com contornos mais conservadores e religiosos em nosso território em função do quanto esses contornos atravessam uma série de setores da vida dos brasileiros.

É preciso reconhecer que, na América Latina, o processo de modernização aumentou enormemente a desigualdade e a percepção de subalternidade e, teria sido por

esta razão, que o discurso da modernidade não foi capaz de substituir a mentalidade religiosa por uma visão centrada na razão e na lógica científica, como nos países de primeiro mundo (VALLA, 2001). Essa alienação religiosa seria bem quista por aqui e nós (enquanto sociedade latino-americana, sobretudo brasileira) precisamos, em alguma medida, dela.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 101, de 20 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2174.htm>. Acesso em: 25 maio de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html Acesso em: 25 de maio de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 25 de maio de 2018.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução no 01, de 9 de março de 2018. Define diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Pnad – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo **Decreto no 4.345**, de 26 de agosto de 2002. Brasília: MJ, 2018. Disponível em: <<https://goo.gl/EF5fC7>>. Acesso em: 07 março. 2018.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CHAVES, E. M. S.; CHAVES, E. M. **Descortinando a realidade das comunidades terapêuticas como serviços de atenção ao dependente de substâncias psicoativas: dos amparos legais aos amparos reais**. 2007. 89 f. Monografia (Pós graduação Latu Sensu em Serviço Social) – Instituição Toledo de Ensino de Bauru, Bauru, 2007.

CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Brasília DF: CFP, 2018.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. 2. ed. São Paulo, SP: Loyola, 2008.

GEHRING, M. R. **Drogas, violência e políticas sociais**: estudo de uma comunidade terapêutica. 161 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)—Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica 21**. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, 2017.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes; 1972.

LEAL, F.X.; SANTOS, C. C. M.; JESUS, R. S. de . Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, p. 423-436, 2016.

LIMA, R C. C. Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? In: VIEIRA, L L. F.; RIOS, L. F.; QUEIROZ, T. N. (Orgs.). **A problemática das drogas**: contextos e dispositivos de tratamento. Recife, Ed. UFPE, 2016, p. 142 - 171.

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**, v. 19, n.2, p. 569-580, 2014.

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**, Botucatu, v. 19, n. 54, 515-526, 2015.

ROCHA, L. C. O perigo dos pobres. In: FRANÇA, S. et al (Orgs.). **Estratégias de controle social**. São Paulo: Arte 7 Ciência, 2004, p. 43-67.

SCHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, F. A **instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 135-147.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-29, 2002.

VALLA, V.V. O que a saúde tem a ver com a religião. In: VALLA, V.V. (Org.). **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 113 - 139.