



SSRC | Drugs, Security and
Democracy Program



Working Paper Series

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

Editores

Mauricio Fiore
Taniele Rui

JUNHO DE 2021

Working Paper Series

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

Editores

Mauricio Fiore
Taniele Rui

COORDENADORA DO PROJETO

Cleia de S. Noia

EQUIPE EDITORIAL

Clare McGranahan

Christopher Takacs – *copyedit* em inglês

Vanessa Rosa – *copyedit* em português

David Rodgers – tradutor para o inglês

DESIGN E LAYOUT DA PUBLICAÇÃO

Beth Post

Juni Ahari

AGRADECIMENTOS

Além dos coeditores e autores da série, o SSRC e o Programa DSD gostaria de agradecer a Gabriela Barros de Luca, Lucio Costa, Andrea Domanico, Gislene Aparecida dos Santos, Andrea Gallassi, Maria Paula Gomes dos Santos, Henrique Hollunder Apolinario de Souza, Cristiano Maronna, Cesar Pinheiro Teixeira, Roberto Rocha Coelho Pires, Daniela Skromov de Albuquerque e Luís Fernando Tófoli por seu apoio e inestimáveis contribuições ao longo deste projeto.

Este projeto de pesquisa foi financiado pela Open Society Foundations (OSF). O conteúdo desta publicação é da exclusiva responsabilidade de seus autores e do Programa DSD, e não reflete necessariamente a posição da OSF ou do SSRC.

SOBRE O SSRC

O Social Science Research Council (SSRC) é uma organização internacional independente e sem fins lucrativos fundada em 1923. O SSRC promove pesquisas inovadoras, nutre novas gerações de cientistas sociais, aprofunda o modo como a pesquisa é praticada dentro e entre disciplinas e mobiliza conhecimentos fundamentais a respeito de importantes questões públicas.

SOBRE O PROGRAMA DSD

O Programa Drogas, Segurança e Democracia (DSD) apoia a pesquisa sobre drogas na América Latina e no Caribe com o objetivo de produzir conhecimentos fundamentados em evidências que possam servir de subsídio para o desenvolvimento de políticas sobre drogas na região e no mundo. O programa busca fomentar uma rede interdisciplinar global de pesquisadores mobilizados pelo tema das políticas de drogas, comprometidos com resultados relevantes para essas políticas e capazes de comunicar suas conclusões a públicos relevantes.

Esta obra é disponibilizada sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 License. Esta licença permite que você copie, distribua e exiba este trabalho desde que você mencione e o vincule ao Social Science Research Council, atribua o trabalho de forma apropriada (incluindo autor e título) e não adapte o conteúdo ou o use comercialmente. Para maiores detalhes, favor visitar <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/us/>

CITAÇÃO SUGERIDA

RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). *Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil*. Brooklyn: Social Science Research Council, junho de 2021.

Índice

O FENÔMENO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: EXPERIÊNCIAS EM ZONAS DE INDETERMINAÇÃO Mauricio Fiore e Taniele Rui	1
MARCO NORMATIVO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: DISPUTAS DE SENTIDO E NÓS JURÍDICOS Noelle Coelho Resende	8
O FINANCIAMENTO PÚBLICO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: GASTOS FEDERAIS ENTRE 2010 E 2019 Renata Weber	29
A FISCALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL E SUAS IMPLICAÇÕES PRÁTICAS: O CASO DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE BRASILEIRO Jardel Fischer Loeck	45
FISCALIZAÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO Carolina Gomes Duarte e Mathias Vaiano Glens	64
“ESTAMOS COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS!”: CONSENSOS E DISSENSOS NA ARTICULAÇÃO POLÍTICA DOS REPRESENTANTES DE CTS NO BRASIL Priscila Farfan Barroso	86
INTERFACES ENTRE RELIGIÃO, USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS, MORALIDADES E GÊNERO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS Janine Targino	107
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: UM ESTUDO SOBRE ACESSO E BARREIRA A CUIDADOS EM SAÚDE Leandro Dominguez Barretto e Emerson Elias Merhy	122
PRESOS DO LADO DE FORA: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO ZONAS DE EXÍLIO URBANO Carly Machado	141
BIBLIOGRAFIA	160

O FENÔMENO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: EXPERIÊNCIAS EM ZONAS DE INDETERMINAÇÃO

MAURICIO FIORE¹ E TANIELE RUI²

Enquanto preparávamos esta *working paper series* sobre comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil, foi lançada a série documental *As Correntes de San Patrignano*, sobre uma CT italiana que foi a maior da Europa nos anos 1980. Quando perguntado sobre a razão de ter produzido um documentário acerca do tema, seu diretor respondeu que a série é “sobre o poder das drogas, sobre o poder das pessoas, sobre o poder das ideias, sobre o poder da política”³. Ainda que distantes no tempo e no espaço, esta *working paper series* também poderia ser apresentada nesses termos.

Não há como investigar o fenômeno das CTs no Brasil contemporâneo sem discutir o papel assumido pelo Estado diante das drogas – política de drogas, afinal –, especialmente seu posicionamento junto à rede de cuidado e de atenção às pessoas com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas. Refletir sobre as CTs também é se perguntar sobre a experiência cotidiana de milhares de pessoas que a elas recorrem para aliviar seu sofrimento e que nelas permanecem meses, por vezes anos, implicadas num projeto de ressignificação da vida. E, claro, tratar das CTs é debater sobre o que representa o fato de esse tipo de instituição ser um dos principais investimentos políticos e financeiros do governo federal e de diversos governos estaduais no Brasil, tendo em vista que sua atuação é frequentemente questionada quanto a aspectos mais radicais de disciplina e de religiosidade – com evidências robustas de violação de direitos.

Espalhadas pelo país e atingindo força política inédita, as CTs são tão inescapáveis do debate sobre drogas quanto complexas em sua definição. Como pode ser visto nos artigos que integram esta série, indeterminações sobre suas características estruturais e sobre seu papel parecem ser parte de sua potência política. As CTs têm como prática o isolamento, mas não podem ser definidas como clínicas nem como hospitais psiquiátricos. Abrigam quem está em situação vulnerável, mas não se confundem com residências terapêuticas nem com equipamentos de assistência social, como abrigos. A prática da religiosidade é cotidiana, normalmente incondicional, mas tais instituições não se apresentam, e nem

¹ Pesquisador do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Mestre em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo (USP) e Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), foi coordenador científico da Plataforma Brasileira de Política de Drogas e editor da *Platô: drogas e políticas*, primeira revista científica dedicada exclusivamente ao tema no Brasil. É autor de diversos trabalhos sobre diferentes aspectos do uso de drogas psicoativas, entre os quais se destacam os livros *Substâncias, Sujeitos, Eventos: uma autoetnografia do uso de drogas* (2020) e *Uso de “drogas”: controvérsias médicas e o debate público* (2007).

² Professora do Departamento de Antropologia da UNICAMP e Mestre e Doutora em Antropologia Social por tal universidade. É autora e coautora de diversos trabalhos sobre pobreza, vulnerabilidade e marginalidade urbanas, tendo entre as especialidades empíricas as interfaces políticas da associação entre rua, drogas, periferias e dispositivos de assistência social, saúde pública e punição, como prisões e comunidades terapêuticas, entre os quais se destacam os livros *Novas Faces da Vida nas Ruas* (2016) e *Nas tramas do Crack: etnografias da abjeção* (2014).

³ Entrevista de Carlos Gabardini, um dos diretores da série documental *As correntes de San Patrignano*, produzida e veiculada pela Netflix em 2020. Disponível em <https://www.netflix.com/br/title/81010965>.

são vistas, como igrejas. Nessa zona ambígua, as CTs não se limitam mais ao autofinanciamento, estão fortalecidas em associações próprias e recebem regularmente recursos cada vez mais vultosos de diferentes esferas do poder público.

É importante mencionar que as CTs não são uma criação brasileira, tampouco sua expansão é uma exclusividade nacional. Pelo contrário, surgidas como equipamento/modelo alternativo de cuidado em saúde mental nos anos 1950, desde cedo essas entidades especializaram-se em receber pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas nos Estados Unidos e na Europa. Funcionando no Brasil desde os anos 1960, sua expansão mais significativa se dá a partir dos anos 1990. Em 2015, o estudo mais abrangente sobre o tema⁴ estimou que pelo menos duas mil CTs estavam em funcionamento no país – estimativa metodologicamente conservadora, já que a dificuldade na sua definição torna essa contagem uma tarefa bastante desafiadora. Para uma dimensão comparativa, um levantamento publicado em 2014, que estabeleceu como linha de corte o ano de 2011, identificou que, em toda a União Europeia, havia um mil, cento e sessenta CTs em operação⁵.

Se, como dito, defini-las não é simples, não se deve depreender daí que não existem princípios gerais que norteiam seus objetivos e os caminhos para alcançá-los. Note-se a definição de comunidade terapêutica proposta pelo European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)⁶:

CTs oferecem um ambiente livre de drogas a pessoas que sofrem com dependências (e outros) problemas, que vivem junto de um jeito estruturado e organizado para promover mudanças e tornar possível alcançar uma vida sem drogas quando estiverem fora da instituição.⁷

Ou, ainda, uma definição apresentada pelo National Institute on Drug Abuse (NIDA)⁸, dos Estados Unidos:

CTs encorajam os participantes a avaliar seu comportamento individual para ajudá-los a ser mais sociáveis e engajados em uma "vida correta" – entendida como baseada na honestidade, em assumir responsabilidades, trabalhar duro e ter disposição para aprender.⁹

Percebe-se que ambas não apresentam diferenças substanciais em relação à definição abaixo, proposta no âmbito do estudo do IPEA¹⁰, a não ser pela sua maior abrangência:

⁴ IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Brasília: IPEA, 2017).

⁵ Wouter Vanderplasschen, Stijn Vandeveld e Eric Broekaert, *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges* (Lisboa: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2014).

⁶ *Ibid.*, 9.

⁷ *Ibid.* No original em inglês: "TCs offer a drug-free environment in which people with addictive (and other) problems live together in an organised and structured way in order to promote change and make it possible for them to lead a drug-free life in the outside society".

⁸ NIDA – *National Institute on Drug Abuse*, "What Are Therapeutic Communities?" (julho 2015), acessado em 18 de março de 2021, <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>.

⁹ *Ibid.* No original em inglês: "TCs encourage participants to examine their personal behavior to help them become more pro-social and to engage in 'right living'— considered to be based on honesty, taking responsibility, hard work, and willingness to learn".

Iniciativas não governamentais, estas instituições se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isoladas 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 [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.

No Brasil, defensores de uma perspectiva de cuidado e de tratamento em liberdade denunciam as CTs como derivações contemporâneas do empreendimento manicomial, pautadas no isolamento institucional e em códigos de conduta punitivo-autoritários. Defensores das CTs, por sua vez, apontam para a voluntariedade do atendimento e para sua premissa comunitária, cujo potencial seria o da real transformação das pessoas atendidas. A discussão sobre a própria definição das CTs está longe, muito longe, de ser a única controvérsia no debate.

Quando aceitamos o convite do programa Drugs, Security and Democracy do Social Science Research Council (SSRC) para participar como editores de uma coletânea de trabalhos dedicados exclusivamente às CTs, vimos uma grande oportunidade, pois, além da produção de artigos originais que poderiam contribuir com o conhecimento no campo, o propósito era formativo para pesquisadores oriundos de várias áreas do saber. Esse processo iniciou-se na seleção de projetos de pesquisa, realizada por meio de uma chamada para pesquisadores em diferentes estágios da carreira. Para ampliar o espectro temático, os candidatos deveriam escolher um dentre onze temas pré-definidos pelos organizadores. Aos especialistas convidados para a banca de seleção foi requerido um comprometimento com a escolha que fosse tão sensível à excelência acadêmica dos projetos quanto à diversidade temática, regional e demográfica dos finalistas.

Durante o processo de seleção, eclodiu a maior crise sanitária global deste século, a pandemia do Covid-19, e a dinâmica de trabalho foi afetada por todas as limitações compulsórias que se impuseram, como a impossibilidade de reuniões presenciais entre editores, mentores, revisores e pesquisadores, o atraso na aprovação dos projetos em comitês de ética em pesquisa e, sem dúvida a mais complexa de todas, o impacto nos projetos baseados em trabalho de campo e em entrevistas com internos, equipe e outras pessoas envolvidas com o universo das CTs. Alguns dos projetos tiveram que sofrer adaptações, por vezes radicais, adotando percursos metodológicos bastante diversos dos originalmente previstos.

No curso das pesquisas e da redação dos artigos, houve acompanhamento permanente de todas as etapas de trabalho, com entregas de materiais preliminares discutidos mensalmente com os editores, além da realização de um *workshop* no qual os textos foram debatidos entre todos os autores e também com especialistas convidados, processo que aproximou a série de um trabalho coletivo.

O engajamento dos autores e o suporte financeiro e acadêmico do SSRC permitiram que, ao fim do processo, tivéssemos oito artigos originais que abordam e qualificam o debate sobre as CTs no Brasil de

¹⁰ IPEA, *Nota Técnica nº 21*, 8.

forma multidisciplinar. Tematicamente, pode-se agrupá-los em dois eixos. O primeiro constitui-se de trabalhos cujos objetos se situam na interface entre o Estado e as CTs, relacionando-se mais com o campo de pesquisa comumente denominado de política de drogas. Seus dados provêm de normativas jurídicas, de peças orçamentárias, de relatórios administrativos e da percepção de técnicos envolvidos no processo de regulação e de fiscalização das CTs. O segundo eixo reúne investigações qualitativas focadas diretamente nas trajetórias e nas opiniões de pessoas envolvidas no cotidiano das CTs, especialmente de quem passou muitos períodos vivendo nessas instituições.

Embora possam ser lidos separadamente, é como conjunto que a força dos oito artigos que compõem esta série se torna mais evidente. Mesmo que ofereçam perspectivas diversas, são trabalhos complementares na delineação do fenômeno das CTs no Brasil.

O artigo de **Noelle Coelho Resende**, que abre esta série, mapeia e analisa os instrumentos jurídicos que regulam as CTs no Brasil, tendo como corte inicial a Lei da Reforma Psiquiátrica, de 2001. Ao identificar uma realidade jurídica constituída pela diversidade e pela sobreposição de normas, a autora organiza um mapa regulatório que abarca campos normativos da saúde, da justiça, da segurança e, mais recentemente, da assistência social. Tal esforço lança luz às contradições que surgem nesse arcabouço que envolve áreas distintas, assim como aos pontos de tensão e de indefinição – *nós jurídicos* – que estão na base da inserção das CTs na rede pública de cuidado. Essa leitura instiga-nos a constatar que a configuração de uma "colcha de retalhos regulatória", ao explicitar problemas estruturais de incompatibilidade com modelo de cuidados, suporta também, paradoxalmente, o fortalecimento institucional das CTs.

A disputa normativa é concomitante à disputa travada em torno do orçamento federal destinado às CTs e, por consequência, às pastas responsáveis pela alocação de recursos. Nessa direção, o artigo de **Renata Weber** oferece uma estimativa do financiamento público das CTs entre os anos de 2010 e 2019. Para não a adotar como um dado isolado, a autora realiza duas análises complementares: uma, a respeito do orçamento do Fundo Nacional Antidrogas, do qual se originam os recursos para o financiamento das CTs no âmbito federal, e outra, do Fundo Nacional de Saúde, fonte dos gastos hospitalares e extra-hospitalares para os programas e as ações em saúde mental, álcool e outras drogas. Essa análise combinada oferece elementos para compreender a característica e o porte desse financiamento, bem como suas distintas injunções ao controle social. Depreende-se do estudo a importante indicação de que o financiamento público das CTs deve ser cotejado junto à diminuição dos investimentos públicos em saúde mental e, de maneira mais ampla, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a possibilidade de acesso a financiamento público por meio de editais específicos, a relação dessas entidades com marcos regulatórios se dá a partir de dois processos: de um lado, um esforço por se adequar às normas existentes; de outro, a organização no sentido da pressão política para influenciar na produção de tais normas. Entre várias questões que daí se inferem, tem-se, por exemplo, a emissão de alvará sanitário, que passa a ser elemento importante do processo de regularização e de institucionalização das CTs. Pouco abordado nos trabalhos já existentes sobre o tema, o papel da vigilância sanitária, especialmente em nível municipal, foi estudado por **Jardel Fischer Loeck**. Em seu artigo, o autor observa que, no transcurso de uma década, houve um afrouxamento nas resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e que, da forma como estão organizados localmente, os processos burocráticos de licenciamento, regularização e fiscalização necessários à emissão do alvará sanitário não só apresentam lacunas, como terminam por permitir o funcionamento de entidades com sérios problemas estruturais.

Se há limitações da fiscalização sanitária, é no momento em que as CTs são denunciadas e fiscalizadas que parte desses problemas estruturais revela-se mais evidente. Nesse sentido, a análise de **Carolina Gomes Duarte** e **Mathias Variano Glens** descreve a experiência de fiscalização da Defensoria Pública do Estado de São Paulo em dezoito comunidades terapêuticas entre 2013 e 2019. O relato traz um perfil das CTs denunciadas e fiscalizadas, apontando indícios muito contundentes de violações de direitos humanos, decorrentes, dentre outras razões, da presença massiva de internações contra a vontade do usuário, do trabalho obrigatório não remunerado sob o pretexto da “laborterapia” e de longos períodos de internação sem prazo ou projeto terapêutico. A pouca eficácia das fiscalizações, a lacuna na atuação do Ministério Público – entidade que tem essa obrigação legal – e a displicência do sistema de justiça, que continua a encaminhar compulsoriamente pessoas que fazem uso problemático de drogas para tais estabelecimentos, evidenciam como, na prática, há um vazio regulatório no qual a violação de direitos não se torna apenas impune, mas também é chancelada pelo judiciário.

Novo leque de questões se abre quando nos aproximamos dos debates travados no âmbito das organizações representativas das CTs, suas respectivas federações e confederações. Embora possam ser agrupadas quando consideradas de forma genérica, é preciso ter claro que a aproximação das CTs da burocracia estatal não deve ser lida como um feixe homogêneo de interesses e de relações políticas. Alguns dos dissensos que antes eram de conhecimento mais restrito aos atores relacionados às CTs foram, com a pandemia do Covid-19, publicizados por meio de eventos virtuais, as chamadas *lives* em plataformas da *internet*. **Priscila Farfan Barroso** realizou uma etnografia dessas transmissões, fazendo uma análise detalhada de trinta e seis delas, realizadas por quatro federações de expressão nacional entre abril e agosto de 2020. A partir de sua análise, é possível entrever tensões internas que surgem à medida que essas CTs pedem reconhecimento e legitimação ao Estado. Nesse sentido, nota-se que, se há, por parte de algumas, um esforço orientado na direção da profissionalização técnica e burocrática, que flerta com a laicização das práticas, há, por outro lado, CTs com perfil mais tradicional-religioso que resistem à reformulação de seus pilares de atuação e que chegam a evidenciar um processo de abdicação de sua fé em troca de financiamento público. Para além da disputa em torno de modelos de atuação, é interessante perceber de que modo tais divergências se materializam hierarquicamente por conta de seu nível de influência no Estado.

No outro conjunto de trabalhos, aqueles cujo objetivo era investigar as trajetórias e as percepções de pessoas que viveram ou atualmente estão em CTs, o trabalho de **Janine Targino** é o único no qual a pesquisadora conseguiu adentrar em CTs durante a pandemia. Respeitando todos os protocolos sanitários, foram realizadas dezoito entrevistas em três CTs dedicadas exclusivamente a mulheres, com estruturas distintas e que se filiam a diferentes vertentes católicas e evangélicas. Sua investigação buscou responder como moralidades de gênero são conferidas às acolhidas e como estas, de sua parte, entendem os significados do tratamento ao qual estão vinculadas. Vistas como mulheres de vida errante e desvirtuadas, as usuárias de drogas tornam-se, em tais locais, objetos de um projeto de transformação para o que seria um modelo ideal de mulher cristã (boa mãe, boa esposa, boa fiel). Em sua investigação, Targino constata que a força da moralidade sobre o papel de mãe e de esposa é ainda maior do que os dogmas religiosos, possivelmente por sua associação à potente marcação social nos papéis de gênero. Se é importante entender como tal projeto se apresenta durante o período em que permanecem nas instituições, ainda que vivido sob peculiaridades subjetivas, o grande teste de seu “sucesso” só pode ser realizado no mundo, fora das CTs.

Do lado de fora, em um Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e outras drogas (CAPSad) de Salvador, no Estado da Bahia, **Leandro Dominguez Barretto** e **Emerson Elias Merhy** ouviram pessoas que passaram por CTs e que, em determinado ponto, desistiram de cumprir o tempo

estimado para o tratamento. Utilizando-se de uma ferramenta metodológica cara ao campo da saúde coletiva, seguiram cinco usuários-guia que, mesmo fora das CTs, mantiveram contato com a rede de atenção do município. Proferidas em contextos de interação bastante específicos, as falas dos sujeitos apresentam referências a maus-tratos, ao desrespeito por sua autonomia e à imposição de mudanças subjetivas que extrapolavam sua disposição. Colhendo experiências de profissionais do CAPSad e investigando as trajetórias relatadas pelos usuários-guia sob o critério da promoção do acesso ou da interposição de barreiras ao cuidado em saúde, o trabalho faz uma crítica severa à atuação das CTs. Aponta também, todavia, para um tipo de papel dessas entidades em momentos críticos da vida pessoal dos usuários, papel esse que não teria um substituto na rede de atenção, devido à sua insuficiência ou mesmo precariedade. O artigo contribui ainda com a discussão sobre as experiências subjetivas de quem passa pelas CTs, ao abordar a capacidade dos usuários de construir seus próprios projetos terapêuticos, disputando-os, não sem sofrimento, com os modelos coletivos estabelecidos pelas entidades.

O artigo de **Carly Machado**, que encerra esta série, traz uma perspectiva original de discussão do fenômeno na medida em que não trata da eficácia do tratamento, mas, sim, do modo como as CTs se tornam zonas de exílio urbano que, entre o secular e o religioso, operam como mais um equipamento na gestão da violência dos territórios periféricos. A partir de entrevistas com pessoas que passaram por CTs e que, em sua maioria, se vincularam posteriormente à rotina de igrejas pentecostais, a autora verifica trajetórias nos quais circunstâncias expulsivas estão na base de sua chegada aos chamados centros de recuperação. Entender essa dimensão é importante para compreender as CTs como espaços de refúgio quando o exílio se torna vital; o exílio, neste caso, qualifica uma série de deslocamentos forçados e violentos de territórios periféricos, como a fuga ou a saída temporária da prisão, o escape fortuito da morte e as ameaças de milicianos, policiais e traficantes. Vê-se a partir dessas narrativas como a vida nas CTs e nas igrejas, em que pese todas as dificuldades, abre horizontes de possibilidade para projetos de futuro. Observa-se também que a recuperação da vida é um projeto bem mais longo e árduo que a recuperação da dependência de drogas. Entender a complexidade dessa afirmativa supõe perceber que, diante de condições brutais de existência, o cálculo do “melhor para a vida” nem sempre é simples de ser realizado.

Podemos desdobrar as inúmeras informações e análises presentes nos artigos desta série em algumas das questões centrais do debate sobre as CTs no Brasil. A primeira delas é que o intenso conflito político sobre a natureza da atuação das CTs tem consequências na própria produção acadêmica relativa ao tema. Assim como ocorre no âmbito mais geral do debate sobre política de drogas, o entrenchamento afeta a produção e a recepção do conhecimento produzido. Como editores, esforçamo-nos para que dados e fontes e as metodologias empregadas para levantá-los fossem privilegiados na escrita. De toda informação utilizada foi cobrado embasamento empírico e teórico, processo no qual tivemos suporte importante dos revisores especializados. Autônomos e intelectualmente responsáveis por seus artigos, os autores e autoras buscaram se divorciar de quaisquer posicionamentos políticos para alcançar o objetivo principal da série, que é contribuir, de forma rigorosa, com o campo de conhecimento sobre as CTs.

A segunda questão pode ser desdobrada a partir da relação das CTs com o Estado e sobre o tipo de cuidado e de tratamento que é oferecido às pessoas que têm problemas com o uso de drogas. Constituintes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - na qual, segundo seus críticos, a entrada de tais instituições se deu ao arrepio dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde -, as CTs estão cada vez mais atreladas à burocracia estatal. Longe de apenas se concentrar nos temas regulatórios - ao fim e ao cabo, a chancela para o funcionamento dessas entidades -, nos últimos anos essa relação intensificou-se

e tornou-se mais complexa, com o aumento do financiamento público e a ocupação de espaço político. De diferentes formas, as CTs tornaram-se atores expressivos no debate sobre política de drogas e, assim, disputam não apenas os modelos de cuidado e tratamento de pessoas que fazem uso problemático de droga, mas todo o papel do Estado frente às drogas. Por outro lado, esse protagonismo também as abriu para uma maior penetração do escrutínio público e, assim, sua atuação tem sido cada vez mais questionada à luz de princípios democráticos fundamentais, como o respeito aos direitos humanos, à laicidade e ao emprego eficiente dos recursos públicos, entre outros. Como sabemos, e a leitura dos artigos reforça, o Estado não é um ente ao qual se recorre sem consequências.

Por último, a terceira questão perpassa todos os artigos desta série, mas está diretamente relacionada aos artigos de Carly Machado, de Janine Targino e de Leandro Barretto e Emerson Merhy, que ouviram diretamente pessoas que passaram ou ainda estão em CTs: qual a natureza da atuação das CTs no âmbito do uso problemático de drogas? Sem entrar nos pormenores desse amplo debate, pode-se perceber que as CTs e seu modelo histórico de atuação atravessam o conceito de dependência com um programa de reforma moral dos indivíduos e, dessa forma, conseguem operar dois aspectos potentes relacionados ao uso de drogas: proteção e mudança. Ao retirar o usuário de um convívio social amplo, as CTs oferecem uma interrupção, um tempo, um abrigo. Assim, tanto emulam o cuidado médico como também fornecem uma forma de proteção dentro de contextos vulneráveis mais amplos, como a violência e a miséria cotidiana, tornando-se um equipamento social de refúgio (ou, no conceito defendido por Carly Machado, propiciam um *exílio*). No entanto, a proteção é oferecida sempre junto a um programa de mudança radical de comportamento que ultrapassa a abstinência de drogas. Não é por acaso que parcela importante dos quadros das CTs seja ocupada por quem teve problemas com drogas e atribui sua recuperação à passagem por CTs, carregando em seu corpo a experiência do projeto e o que consideram uma prova de que seu propósito é exitoso.

É nessa direção que podemos retomar o argumento inicial deste texto de apresentação. A zona de indefinição, de ambiguidade mesmo, em que atuam as CTs lhes permite tanto o trânsito por diferentes, e por vezes contraditórios, marcos regulatórios nos quais figuram simultaneamente como equipamentos de saúde, de assistência social e de justiça/segurança, como pelos modelos de cuidado e de tratamento para quem faz uso problemático de drogas, ora se amparando em um programa de reforma moral e espiritual, ora se referenciando no léxico médico-terapêutico (do qual, aliás, provem parte de seu nome). Entre controvérsias e debates sobre como definir sua atuação, as CTs, de forma bastante controversa, respondem concretamente a um problema central da contemporaneidade: o que fazer com as pessoas que sofrem com a dependência de drogas?

As CTs sustentam-se em um projeto radical de transformação individual cujo objetivo final é uma pessoa cujos valores morais reformados a protegerão do uso de drogas. Que tipo de marco regulatório pode garantir, ao mesmo tempo, o funcionamento e a garantia de direitos fundamentais em uma instituição com esses pressupostos? Como operar esses marcos no âmbito dos diferentes níveis fiscalizatórios da burocracia brasileira? Em que contexto se dá o crescimento de seu financiamento público? Que debates internos suas diferentes organizações travam para atuar junto ao Estado? Como suas rígidas concepções morais são percebidas por aqueles que recorrem a elas em busca de ajuda? Que contradições surgem em sua inserção na rede de atenção à saúde mental construída sob o princípio do cuidado em liberdade? Sob diferentes perspectivas, os artigos desta série buscam contribuir para um debate qualificado sobre essas e muitas outras questões que envolvem a atuação das comunidades terapêuticas no Brasil.

MARCO NORMATIVO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: DISPUTAS DE SENTIDO E NÓS JURÍDICOS

NOELLE COELHO RESENDE¹

Este artigo tem como objetivo mapear e analisar os instrumentos jurídicos que regulam as comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil², explicitando o quadro normativo referente a tais instituições como dispositivos associados ao uso de álcool e outras drogas considerado problemático³.

Como será observado, nas últimas décadas, as CTs se fortaleceram em estreita relação com os campos normativos da saúde, da justiça e da segurança e, mais recentemente, com o da assistência social. Nesse processo, foram aprovados inúmeros instrumentos jurídicos para a regulação de aspectos diversos de seu funcionamento. Tais instrumentos carregam contradições e lacunas que refletem os debates em torno da inserção das CTs na rede de atenção psicossocial brasileira. Compreender o arcabouço legal das CTs é fundamental para uma reflexão consistente sobre tal modelo de cuidado e sua relação com as políticas públicas de atenção em saúde mental.

As normas aplicáveis às CTs dividem-se entre normas publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), concernentes à saúde mental e à vigilância sanitária; pelo Ministério da Justiça (MJ - posteriormente Ministério da Justiça e Segurança Pública), especificamente editadas pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD); pelo Ministério da Cidadania, por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED); da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e leis em sentido estrito, de competência do Congresso Nacional.

Entre as possíveis razões para esse complexo arcabouço regulatório estão concepções divergentes em torno do “problema” das drogas, disputas sobre modelos de atenção e tratamento e a estratégia das CTs de criarem caminhos que escapam às regras gerais da saúde, especialmente em relação aos limites

¹ Pós-Doutoranda em Serviço Social (UFRJ). Doutora (PUC-Rio), Mestre (UFRJ) e Bacharela (UERJ) em Direito. Atuou no Programa Justiça Presente, na Subcomissão da Verdade na Democracia (ALERJ) e em organizações da sociedade civil no campo dos direitos humanos.

² Entre os documentos analisados, há os de alcance temático abrangente, aplicáveis não apenas às CTs, e outros pertinentes exclusivamente a elas.

³ A discussão sobre a definição do que se qualifica como uso problemático é complexa, tendendo, com frequência, a ser balizado por argumentos moralistas. Sobre essa questão, destaca-se: “O termo uso problemático compreende o consumo de psicoativos associado a risco social ou sanitário ao usuário ou a terceiros. Tal definição extrapola, mas inclui definições mais biomédicas, como a dependência, e acolhe também padrões de uso que embora possam ser episódicos geram problemas sociais e de saúde (por exemplo, dirigir sob o uso de substâncias, fazer uso endovenoso de drogas etc.) [...] Por ‘questão’ ou ‘problemática’ social compreendemos ‘o ângulo pelo qual as sociedades podem ser descritas, lidas, problematizadas em sua história, seus dilemas e suas perspectivas de futuro’ (p. 85), envolvendo diversos atores, instituições e regulamentações que visem a encontrar uma solução para tal questão. O uso de drogas constitui objeto de debate público e uma questão social que movimenta interesses múltiplos e diversas políticas, embora o seu reconhecimento como problema social tenha acontecido apenas recentemente”. Débora Gomes-Medeiros, Pedro Henrique de Faria, Gastão Wagner de Sousa Campos e Luís Fernando Tófoli, “Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários”, *Cadernos de Saúde Pública*, 35, nº.7, julho 2019, 2.

estabelecidos para o financiamento público. Outro aspecto importante desse quebra-cabeça é que o funcionamento das CTs antecede em pelo menos três décadas os esforços de regulação desse modelo, o que propiciou ainda mais tal dispersão regulatória.

O mapeamento realizado no presente estudo veio a apontar uma pista para o trabalho: cartografar pontos de tensão e de indefinição – *nós jurídicos* – como matéria para um futuro exame minucioso de diferentes temas. Questões como o financiamento público das CTs, o conceito de acolhimento⁴, o modelo de tratamento, a fiscalização e o respeito aos direitos humanos são identificadas como fundamentais, uma vez que se referem aos pilares que estruturam o cuidado. Um maior conhecimento sobre o quadro regulatório atual das CTs é entendido como base para o aprofundamento dessas reflexões – e é nesse sentido que este artigo pretende contribuir, traçando um panorama geral sobre as normativas e identificando elementos jurídicos importantes de serem debatidos mais amplamente.

Desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP) – Lei nº 10.216/2001, corte cronológico inicial da pesquisa – constatou-se a existência de dezessete documentos da área da saúde e treze da área da justiça, da segurança ou da assistência social, seis desses publicados apenas em 2019, que estão direta ou indiretamente relacionados à atuação das CTs. Nos últimos anos, o aumento do número de normas publicadas pelo Ministério da Justiça e pelo Ministério da Cidadania demonstra uma maior influência das CTs nesses campos políticos, o que poderá ser observado no Quadro 1 abaixo. O corte final para o levantamento de informações que baseou este artigo foi o ano de 2020.

Além da análise de normas, foram também realizadas conversas com pessoas dedicadas ao estudo e ao debate sobre drogas e saúde mental, tais como pesquisadores universitários e técnicos da gestão de políticas públicas⁵, que abordaram o contexto histórico, político e jurídico das CTs, além de temas-chave relacionados ao marco regulatório. Essas conversas foram livres e cada encontro resultou na indicação de outros atores que poderiam contribuir com o trabalho, o que possibilitou a formação de uma rede de trocas relevante para a reflexão sobre as disputas em torno das normas analisadas.

A partir dos estudos realizados, tornou-se nítido que as CTs não se constituem especificamente como um instituto com tratamento jurídico próprio. Arrisca-se afirmar que a permanência de ambivalências legais, paradoxalmente, permite seu fortalecimento institucional, em um jogo de forças que contempla os campos político, jurídico e social.

A noção de construção torna-se apropriada, pois a regulação manifesta-se não como um universo coerente, mas como um conjunto de regras em elaboração e em disputa. Um olhar panorâmico salienta algumas das normativas que compõem tal marco regulatório: a LRP, que redireciona a atenção em saúde mental com o fim do modelo asilar; a Portaria nº 3.088/2011 do MS, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual se incluem as CTs; a Portaria nº 131/2012 do MS, que institui os critérios para o financiamento público para a saúde; a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29/2011 da ANVISA, que determina critérios para o licenciamento sanitário das instituições de atenção; a Resolução nº 1/2015 do CONAD, considerada o marco regulatório específico das CTs; e a Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006), cuja alteração, em 2019, incluiu uma seção sobre as CTs.

⁴ “Acolhimento” é um termo êmico presente em normas referentes ao funcionamento das CTs.

⁵ Foram realizadas quinze conversas que não seguiram o modelo de entrevistas estruturadas e não são utilizadas como fontes de dados específicos. O objetivo foi nortear o levantamento de informações, identificando aspectos importantes que influenciaram o processo jurídico da construção das normas aplicáveis às CTs.

Na próxima seção deste artigo são apresentados os principais pontos desses e dos demais instrumentos mapeados, traçando-se um panorama do quadro jurídico e identificando-se questões centrais para o desdobramento da análise. Posteriormente, são apresentados os *nós jurídicos*, relacionando-os com dispositivos nacionais e internacionais de proteção no campo da saúde mental, especificamente a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007)⁶ e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI – Lei nº 13.146/2015). Na conclusão do trabalho, serão retomados os pontos analisados e indicados alguns caminhos para o aperfeiçoamento do debate sobre o tema ora tratado.

2001 A 2020: DOCUMENTOS NORTEADORES DA CONSTRUÇÃO NORMATIVA SOBRE CTS NO BRASIL

A ideia de *construção* decorre da percepção de que este é um campo em aberto e de que não é possível considerar **um** único marco regulatório. Grande parte⁷ dos atores envolvidos com as CTs identifica a Resolução nº 1/2015 do CONAD como tal marco – todavia, mesmo que se reconheça um sentido político nessa afirmação, ela não condiz com a realidade jurídica, a qual se revela mais como uma diversidade de normas do que como uma diretriz regulatória de contornos definidos.

Ao longo deste artigo, os instrumentos normativos serão apresentados cronologicamente, para facilitar o entendimento e a análise. O tipo de instrumento e sua posição na hierarquia jurídica são variáveis importantes. Em linhas gerais, tal hierarquia obedece à seguinte ordem:

- No **primeiro patamar** estão a Constituição Federal e os Tratados Internacionais de Direitos Humanos incorporados pelo ordenamento interno por meio de Emenda Constitucional.
- No **segundo patamar** estão as leis (complementares, ordinárias e delegadas), as medidas provisórias, os decretos legislativos, os decretos regulamentares do Poder Executivo, as resoluções legislativas, entre outros, com valor jurídico inferior ao primeiro plano e superior às normas infralegais. Importante ressaltar que, apesar de comporem um mesmo patamar geral, existem diferenças de escopo e de valor jurídico entre tais normativas. As medidas provisórias, por exemplo, utilizadas em caráter de urgência pelo Poder Executivo e com força de lei, devem ser posteriormente confirmadas pelo Legislativo, caso contrário perdem a eficácia. Os decretos não podem criar direitos e têm por finalidade regulamentar um determinado conteúdo legal. As resoluções podem disciplinar questões internas

⁶ Em 2008, este foi o primeiro Tratado Internacional de Direitos Humanos incorporado à legislação nacional como Emenda Constitucional, nos termos do Art. 5º, § 3º, da Constituição Federal (Emenda Constitucional nº 45/2004).

⁷ Exemplos da referência à Resolução nº 1/2015 do CONAD como marco regulatório das CTs podem ser vistos em notícias veiculadas pela Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas, pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, assim como em documento da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Acessados em 14 de fevereiro de 2021. Respectivamente:

<http://www.confenact.org.br/?p=225>; <http://www.cruzazul.org.br/artigo/126/resgate-historico-da-construcao-do-marco-regulatorio-das-comunidades-terapeuticas-do-brasil>

<https://www.justica.gov.br/news/comunidades-terapeuticas-sao-regulamentadas>

<https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/MENU-LEGISLA%C3%87%C3%83O-DAS-CTS-NO-BRASIL.pdf>.

específicas das entidades das quais se originam, ou disciplinar mais detalhadamente conteúdos de leis e decretos.

- No **terceiro patamar** estão as normativas consideradas infralegais, como portarias, instruções normativas, resoluções, entre outras.

O quadro abaixo indica as normas analisadas⁸, com algumas informações que ajudam a organizar a leitura. As linhas azuis correspondem à área da saúde e as linhas cinzas às áreas da justiça, da segurança e da assistência social⁹.

Quadro 1. Normas jurídicas de regulação das CTs

Publicação	Área Política/Órgão	Norma	Ementa	Status
Abril 2001	Saúde/Presidência da República	Lei nº 10.216 (LRP)	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	Vigente
Mai 2001	Saúde/MS-ANVISA	RDC nº 101	Estabelece as exigências para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, conhecidos como Comunidades Terapêuticas.	Revogada
Fevereiro 2002	Saúde/MS-ANVISA	RDC nº 50	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.	Vigente
Abril 2002	Saúde/MS	Portaria nº 816	Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.	Vigente
Setembro 2004	Saúde/MS-ANVISA	RDC nº 216	Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.	Vigente
Agosto 2006	AD/Presidência da República	Lei nº 11.343	Institui o SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção	Vigente, alterada pela Lei

⁸ Foram analisadas exclusivamente normas federais, não tendo sido incluídos na análise instrumentos estaduais e municipais.

⁹ Propõe-se neste estudo que a regulação jurídica através dessas três áreas (justiça, segurança e assistência social) compõe um campo político de disputa e de aposta estratégica de escape ao rigor normativo da saúde. Para fins de melhor organização e compreensão das normas, esse campo está designado como AD – álcool e drogas – no Quadro 1.

Publicação	Área Política/Órgão	Norma	Ementa	Status
			social de usuários de drogas; estabelece normas para repressão ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.	nº 13.840/2019
Setembro 2006	AD/Presidência da República	Decreto nº 5.912	Regulamenta a Lei nº 11.343 de 2006.	Vigente
Maio 2010	AD/Presidência da República	Decreto nº 7.179	Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas.	Revogado
Junho 2011	Saúde/MS- ANVISA	RDC nº 29	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.	Vigente
Dezembro 2011	Saúde/MS	Portaria nº 3.088	Institui a RAPS, no âmbito do SUS.	Vigente
Janeiro 2012	Saúde/MS	Portaria nº 131	Institui o incentivo financeiro de custeio para os Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CTs.	Vigente
Agosto 2015	AD /MJ – CONAD	Resolução nº 1	Regulamenta as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, caracterizadas como Comunidades Terapêuticas.	Vigente
Outubro 2015	Saúde/MS	Portaria nº 1.646	Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).	Vigente
Abril 2016	Saúde/MS	Portaria nº 834	Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS).	Vigente
Outubro 2016	Saúde/MS	Portaria nº 1.482	Inclui na Tabela do CNES o tipo 83: Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.	Vigente
Setembro	Saúde/MS	Portaria de Consolidação nº	Consolidação das normas sobre as	Vigente, alterada pela

Publicação	Área Política/Órgão	Norma	Ementa	Status
2017		3	redes do SUS.	Portaria nº 3.588/2017
Setembro 2017	Saúde/MS	Portaria de Consolidação nº 6	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.	Vigente, alterada pela Portaria nº 3.588/2017
Dezembro de 2017	Saúde/MS	Portaria nº 3.588	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6.	Vigente
Dezembro 2017	AD/Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e do Trabalho	Portaria Interministerial nº 2	Institui o Comitê Gestor Interministerial para articulação e integração de programas e de ações relacionados ao uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.	Vigente
Março 2018	AD /MJ – CONAD	Resolução nº 1	Aprova diretrizes para o realinhamento e o fortalecimento da PNAD.	Vigente
Outubro 2018	Saúde/MS	Portaria nº 3.449	Institui comitê com a finalidade de consolidar normas, diretrizes e estratégias relacionadas às CTs.	Vigente
Fevereiro 2019	Saúde/MS	Nota Técnica nº 11	Esclarece as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.	Vigente
Março 2019	AD/Ministério da Cidadania	Portaria nº 562	Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de CTs.	Vigente
Março 2019	AD/Ministério da Cidadania	Portaria nº 563	Cria o cadastro de credenciamento das CTs no Ministério da Cidadania.	Vigente
Março 2019	AD/Ministério da Cidadania	Portaria nº 564	Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para CTs.	Vigente
Abril 2019	AD/Presidência da República	Decreto nº 9.761	Aprova a nova PNAD.	Vigente
Junho 2019	AD/Presidência da República	Lei nº 13.840	Altera a Lei nº 11.343/2006 e outras normas para dispor sobre o SISNAD e as condições de atenção e financiamento das políticas sobre drogas.	Vigente

Publicação	Área Política/Órgão	Norma	Ementa	Status
Novembro 2019	AD/Ministério da Cidadania	Portaria nº 1	Dispõe sobre a operacionalização do Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas.	Vigente
Março 2020	AD/Ministério da Cidadania	Portaria nº 340	Estabelece medidas para o enfrentamento do COVID-19, no âmbito das CTs.	Vigente
Maio 2020	Saúde/MS-ANVISA	Nota Técnica nº 2	Estabelece esclarecimentos às CTs sobre a aplicação da RDC nº 29/2011.	Vigente

A compreensão do fortalecimento político e jurídico das CTs exige um estudo histórico de fôlego; neste trabalho, porém, delimitou-se um recorte temporal que permitisse expor detalhadamente as referências normativas mapeadas. Conforme já mencionado, adotou-se como ponto inicial a LRP, por representar um momento de inflexão para o debate sobre a construção de políticas públicas no campo da saúde mental. Entende-se como necessário nortear a análise a partir das diretrizes da LRP, que determinam o fim do modelo asilar e a prioridade do cuidado vinculado ao território.

A partir da análise ora desenvolvida, infere-se que a natureza jurídica das CTs as caracteriza como dispositivos da saúde e que, nesse sentido, as CTs devem se sujeitar às diretrizes regulatórias correlatas. No entanto, embora tal interpretação resulte do estudo normativo aqui desenvolvido e limite-se ao exame do arcabouço jurídico atual das CTs, é importante ressaltar que essa discussão possui dimensões além do aspecto técnico-normativo que reverberam em outras áreas de políticas públicas, especialmente no que tange ao debate sobre a própria inclusão das CTs na rede de atenção ao uso de álcool e drogas¹⁰. Uma vez que as CTs se tornam progressivamente mais presentes, é imprescindível que se aprofundem e se expandam o estudo e o debate sobre elas, sem perder de vista, contudo, que o cuidado em saúde mental deverá ser sempre pautado pela LRP.

A LRP estabelece como direitos a inserção na família e na comunidade, a proteção contra abusos e opressões e o tratamento pelos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental¹¹. Determina também a competência da área da saúde para o atendimento, que deve ser garantido pelo Estado, possibilitada a participação da sociedade e da família¹². A prática da internação somente pode ser utilizada como último recurso, sendo proibida sua realização em instituições com características asilares¹³. São diferenciados três tipos de internação – voluntária, involuntária e compulsória –, sendo a internação voluntária precedida do consentimento do indivíduo, a internação involuntária solicitada por terceiro e a internação compulsória ordenada por

¹⁰ Outros artigos nesta série tratam de questões importantes sobre esse debate, especialmente os escritos por Renata Weber e Leandro Dominguez Barretto.

¹¹ LRP, Art. 2º, Parágrafo Único.

¹² Ibid., Art. 3º.

¹³ Ibid., Art. 4º.

decisão judicial¹⁴. A LRP obriga que todas as internações involuntárias sejam informadas ao Ministério Público em até 72 horas, atribuindo a essa instituição um importante papel fiscalizatório¹⁵.

Em maio de 2001, menos de dois meses após a aprovação da LRP, foi publicada pela ANVISA a RDC nº 101, que regulava o licenciamento sanitário dos serviços públicos e privados (especificamente as CTs) de atenção em álcool e outras drogas. Entre as exigências mínimas estavam o controle por autoridade sanitária (com livre acesso às dependências e à documentação, respeitado o sigilo necessário) e a periodicidade mínima anual das ações de fiscalização¹⁶. Tal norma, revogada em 2011 pela RDC nº 29, estabelecia critérios relacionados à adesão ao tratamento, ao comprometimento biológico, psíquico, social, familiar e legal, aos procedimentos, aos recursos humanos, à infraestrutura e ao monitoramento.

A RDC nº 29/2011, por seu turno, não estabelece sequer a periodicidade mínima obrigatória para fiscalização. Já a RDC nº 50, publicada em 2002 com um extenso conteúdo de 144 páginas, define o regulamento para os projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Uma vez que as normativas da saúde reservam às CTs a natureza jurídica de equipamentos da saúde, na interpretação jurídica sustentada neste artigo tal RDC nº 50/2002, portanto, pode ser considerada como integrante de seu quadro regulatório.

Em abril de 2002, o MS publicou a Portaria nº 816, pela qual, com base nas diretrizes da reforma psiquiátrica e da redução de danos, instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada em Álcool e outras Drogas. Lançada em 2003, a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas fundamentou-se também na integração do cuidado ao território, no princípio da redução de danos e nas diretrizes da LRP.

Publicada em 2006, a Lei nº 11.343 (que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD) é um marco do processo político-jurídico de afirmação de um campo AD distinto do da saúde. No que tange às diretrizes de orientação para as atividades de prevenção, a Lei nº 11.343/2006 preconiza a autonomia individual, a redução de riscos e danos e a individualização do tratamento¹⁷, em consonância com a LRP.

A Lei nº 13.840/2019, que alterou tal Lei nº 11.343/2006, incluiu uma seção específica referente ao acolhimento em CTs, dispondo que os projetos terapêuticos se orientam pela voluntariedade, pela convivência entre pares, pela proibição do isolamento físico e pela abstinência¹⁸. Entende-se, aqui, que a previsão da abstinência *como única orientação do tratamento* em CTs contraria a perspectiva mais plural e diversificada da redução de danos¹⁹ como diretriz geral, estipulada no mesmo texto legal. O novo texto determinou, também, que o tratamento para o uso prejudicial de álcool e drogas seja realizado na rede de atenção à saúde, por meio de atendimento preferencialmente ambulatorial. Em

¹⁴ Ibid., Art. 6º e Parágrafo Único.

¹⁵ Ibid., Art. 8º, § 1º.

¹⁶ RDC nº 101/2001 da ANVISA, Arts. 1º, 2º e 6º.

¹⁷ Lei nº 11.343/2006, Arts. 19, 20 e 22.

¹⁸ Lei nº 13.343/2006, Art. 26-A.

¹⁹ Para um breve histórico sobre as políticas de redução de danos no Brasil, assim como os diferentes sentidos carregados por essa diretriz de cuidado, ver Iara Flor Richwin Ferreira, “O Paradigma da Redução de Danos na Clínica com Usuários de Drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico”, *Boletim de Análise Político-Institucional nº 18* (Brasília: IPEA, 2018), 71-79, acessado em 25 de fevereiro de 2021, https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/181206_bapi_18_cap_8.pdf.

caso excepcional de internação, esta deve ser realizada em equipamento da saúde, sendo proibida a realização de internações – em qualquer modalidade – em CTs²⁰.

Em setembro de 2006, foi publicado o Decreto nº 5.912, que regulamenta a Lei nº 11.343/2006, disciplinando o desenvolvimento das políticas sobre drogas e o funcionamento do SISNAD. Em termos de competência, coube ao Ministério da Saúde²¹ regular sobre as políticas de atenção e os serviços de cuidado. Ao Ministério da Justiça²² foi atribuída a competência para articular atividades de repressão da produção e do tráfico ilícito de drogas e de prevenção do uso, além de propor a atualização da política nacional na esfera de sua competência. Note-se que tal decreto, atualmente em vigência, estabeleceu a competência da área da saúde para disciplinar as políticas e serviços de tratamento. Tal fato é de extrema relevância, pois, a partir dos anos 2010, houve um crescimento progressivo da influência das CTs em relação à sua regulamentação através do campo AD²³.

O início dos anos 2010 foi marcado pela construção do discurso moral e securitário sobre a epidemia do crack²⁴, o qual se tornou um dos pilares do investimento público em dispositivos privados – notadamente as CTs – como resposta supostamente eficaz ao uso problemático de drogas. Em maio de 2010, foi publicado o Decreto nº 7.179²⁵, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e

²⁰ Lei nº 11.343/2006, Art. 23-A.

²¹ Decreto nº 5.912/2006, Art. 14, I.

²² Ibid., Art. 14, III.

²³ Tal fato se verifica na ampliação das normas regulatórias aprovadas por esse campo na última década, objeto do presente artigo. Análise que subsidia tal percepção pode ser encontrada na coletânea *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): “Observa-se, além disso, uma expressiva penetração das CTs em diferentes conselhos gestores de políticas públicas, nos níveis municipal, estadual e federal (IPEA, 2017), em paralelo à obtenção de certificações e credenciamentos que as autorizam a acessar benefícios e a realizar parcerias com os governos para sua implementação. Por fim, destacam-se também as relações estabelecidas com membros do Legislativo nos três níveis da federação, envolvendo a criação, no Congresso Nacional, de uma frente parlamentar de apoio ao trabalho das CTs em 2011, posteriormente renovada em 2015. Esta frente tem exercido uma defesa ativa das CTs nos debates congressuais e apresentado projetos de lei voltados para a ampliação de formas de financiamento público a essas instituições”. Roberto Rocha Coelho Pires, “Um campo organizacional de comunidades terapêuticas no Brasil? Dos processos de convergência e suas implicações às clivagens emergentes”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018), 134.

²⁴ O processo de construção desse discurso pode ser observado em sua veiculação constante na imprensa. Alguns exemplos podem ser encontrados nas seguintes matérias: Aluizio Freire, “Epidemia de crack está fora de controle, adverte especialista”, *G1*, 8 de junho de 2010, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2010/06/epidemia-de-crack-esta-fora-de-controle-adverte-especialista.html>; “Campanha da Sobrati contra as Drogas”, *Medicina Intensiva*, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <http://www.medicinaintensiva.com.br/crack-epidemia.htm>; José Renato Salatiel, “Epidemia de crack - A polêmica da internação à força de usuários”, *UOL*, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <https://vestibular.uol.com.br/resumo-das-disciplinas/atualidades/epidemia-de-crack-a-polemica-da-internacao-a-forca-de-usuarios.htm>; Biaggio Talento e Tássia Correia, “Crack vira Epidemia na Bahia e autoridades reagem”, *A Tarde*, 30 de janeiro de 2010, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <https://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/noticias/1254324-crack-vira-epidemia-na-bahia-e-autoridades-reagem>; “Jornal Washington Post diz que Brasil vive epidemia do Crack”, *UOL*, 27 de dezembro de 2012, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2012/12/27/washington-post-diz-que-brasil-vive-epidemia-de-crack.htm>.

²⁵ Revogado pelo Decreto nº 10.473/2020.

outras Drogas. Nesse mesmo esteio, foi criado o programa “Crack, é Possível Vencer”²⁶. O decreto estabeleceu a necessidade de ações de prevenção e tratamento da suposta epidemia²⁷ de uso de *crack*, e serviu como fundamento para a abertura do financiamento público das CTs pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do então Ministério da Justiça.

Dentre os objetivos²⁸ do Plano estavam a estruturação e a ampliação das ações de prevenção, o tratamento e a reinserção social e o fortalecimento de redes de atenção à saúde e à assistência social. A competência para a execução dessas ações foi atribuída ao Ministério da Saúde²⁹, prevendo-se que seu desenvolvimento poderia ocorrer por meio de convênios com entidades da iniciativa privada³⁰. O Plano foi um marco para a regulação das CTs dentro do campo AD, para a inclusão destas na RAPS e para o acesso ao financiamento público por meio da SENAD.

Em dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088 do MS instituiu a RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base os preceitos da LRP³¹. Os dispositivos da RAPS são considerados equipamentos da saúde e devem garantir o respeito aos direitos humanos, a autonomia, a liberdade, o cuidado integral, a assistência multiprofissional, a redução de danos e a atenção de base territorial e comunitária, com participação e controle social pelos usuários e familiares³². A portaria define como um dos componentes da rede a modalidade de atenção em caráter transitório, constituída por dois diferentes pontos de cuidado: as unidades de acolhimento e os serviços de atenção em regime residencial³³. Nesta última categoria estão inseridas as CTs, como serviços para adultos com

²⁶ Em notícia sobre o seu lançamento, o Ministério da Justiça definiu o programa da seguinte forma: “Lançado em dezembro de 2011, o programa ‘Crack, é possível vencer’ é um conjunto de ações do Governo Federal para enfrentar o crack e outras drogas. Com investimento de R\$ 4 bilhões e articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, além da participação da sociedade civil, a iniciativa tem o objetivo de aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar atividades de prevenção até 2014. O programa conta com ações dos ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos”. Ministério da Justiça e Segurança Pública, “Conheça o Programa Crack, é possível vencer”, *Agência MJ de Notícias*, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer#:~:text=Lan%C3%A7ado%20em%20dezembro%20de%202011,o%20crack%20e%20outras%20drogas.&text=O%20programa%20conta%20com%20a%C3%A7%C3%B5es,da%20Secretaria%20de%20Direitos%20Humanos>.

²⁷ Em matéria intitulada “Crack, desinformação e sensacionalismo”, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz), o psiquiatra Sergio Alarcon ressalta que o problema das pesquisas sobre o uso de drogas é que são antigas e parciais, baseando-se em metodologias questionáveis e que, assim, a caracterização da questão do *crack* como uma epidemia seria leviana. Na mesma reportagem, Marco Aurélio Soares Jorge, professor e pesquisador da Fiocruz, afirma que a utilização da noção de epidemia, além de ser uma imprecisão estatística, implicaria a ideia de que o uso de *crack* é contagioso, produzindo um preconceito em relação aos usuários e uma percepção destes como perigosos. André Antunes, “Crack, desinformação e sensacionalismo”, *Fiocruz*, 14 de março de 2013, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/crack-desinformacao-e-sensacionalismo>.

²⁸ Decreto nº 7.179/2010, Art. 2º.

²⁹ *Ibid.*, Art. 7º.

³⁰ *Ibid.*, Art. 7º-A.

³¹ Portaria nº 3.088/2011 do MS, Art. 1º.

³² *Ibid.*, Art. 2º.

³³ *Ibid.*, Art. 5º.

necessidades estáveis relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e com limite máximo de permanência de nove meses³⁴.

Um mês depois, em janeiro de 2012, foi publicada pelo MS a Portaria nº 131, que estipulou critérios para o financiamento público dos serviços de atenção em regime residencial, dentre os quais as CTs, confirmando sua natureza jurídica de serviço da saúde³⁵. Tal normativa elenca valores e requisitos para a solicitação de recursos e determina a necessidade de os interessados estarem em região com, no mínimo, um CAPS, uma unidade de acolhimento, um serviço hospitalar de referência e atendimento de urgência. Prevê também que o pedido de financiamento deve ser acompanhado de ofício do gestor de saúde local, licença sanitária atualizada, comprovação de existência e funcionamento há pelo menos três anos, projeto técnico e Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS)³⁶. A responsabilidade pela fiscalização é direcionada para as secretarias de saúde estadual, municipal ou distrital, com monitoramento pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS³⁷.

A análise dessa portaria revela um rigor importante para a concessão de financiamento pela saúde e, em decorrência das exigências previstas, não existem, até o presente momento, CTs subsidiadas por recursos federais da saúde³⁸.

É nesse contexto que se aprofunda a intervenção de atores relacionados às CTs na área política AD. Conforme mencionado, a disseminação da ideia de que haveria uma epidemia do *crack* foi um dos marcos desse jogo de forças e abriu espaço para os primeiros subsídios destinados às CTs, oriundos do Ministério da Justiça, por meio da SENAD. Os anos subsequentes revelam as consequências jurídicas desse movimento, com a aprovação de normas pelas áreas da justiça, da segurança e da assistência social e a tentativa de descaracterizar as CTs como dispositivos da saúde.

A publicação, em agosto de 2015, da Resolução nº 1 do CONAD é um marco (se não jurídico, certamente político) de tal movimento. Essa norma dispõe que as CTs são dispositivos que realizam serviço de *acolhimento voluntário*, de interesse e apoio das políticas públicas de cuidado, e não são estabelecimentos de saúde³⁹. O tempo de permanência permitido é distinto do determinado pela saúde, ampliando o período máximo de nove para doze meses⁴⁰. Este é um exemplo importante das contradições que surgem no processo de desenvolvimento de uma regulamentação jurídica em áreas distintas. No que tange ao monitoramento da aplicação dos recursos públicos, apesar de se prever a necessidade de envio anual de informações pelas CTs, a responsabilidade do CONAD em garantir a transparência dessas informações, além da possibilidade de sanções administrativas e judiciais em caso de descumprimento, não há previsão de ações específicas de fiscalização⁴¹.

Após a publicação da Resolução nº 1/2015, houve um importante debate jurídico sobre sua validade, sob o argumento de que o CONAD não observou a competência do Ministério da Saúde para a disciplina

³⁴ Ibid., Art. 9º.

³⁵ Portaria nº 131/2012 do MS, Art. 1º.

³⁶ Ibid., Arts. 4º e 5º.

³⁷ Ibid., Arts. 23.

³⁸ Para uma discussão detalhada sobre os mecanismos de financiamento das CTs, ver artigo de Renata Weber nesta série.

³⁹ Resolução nº 1/2015 do CONAD, Art. 2º, § 1º.

⁴⁰ Ibid., Art. 6º, § 1º.

⁴¹ Ibid., Arts. 25, 26 e 27.

da matéria. Apesar de tal norma ter sido considerada válida por decisão judicial⁴², cumpre salientar que o decreto que regulamentou a Lei de Drogas reservou à área da saúde a competência para regular as matérias relacionadas ao tratamento e aos serviços de cuidado em álcool e drogas – ponto que será discutido em mais detalhes na seção abaixo.

Em outubro de 2015, o MS publicou a Portaria nº 1.646, que instituiu o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁴³, obrigatório para o funcionamento de tais estabelecimentos. Posteriormente, a Portaria nº 1.482/2016 do MS estabeleceu a inclusão das CTs na tabela do CNES⁴⁴, sob o “tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde”. Em abril de 2016, a Portaria nº 834 do MS redefiniu os procedimentos para a certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde⁴⁵ (CEBAS), fixando os requisitos para os serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as CTs⁴⁶.

No final de 2017, o MS publicou a Portaria nº 3.588, que alterou as Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº 6/2017, dispondo sobre a RAPS, mudança que não impactou o quadro normativo das CTs. Por um lado, foi mantida a redação dada pela Portaria de Consolidação nº 6 quanto ao financiamento para CTs, que havia absorvido o quanto determinado pela Portaria nº 131/2012 do MS, já analisada neste texto. Por outro lado, a Portaria de Consolidação nº 3 não regula questões específicas relacionadas às CTs.

A Portaria Interministerial nº 2⁴⁷, também publicada em dezembro de 2017, instituiu o Comitê Gestor como espaço de articulação de programas voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social, concernentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Essa norma determina a priorização dos serviços de acolhimento residencial transitório, referindo-se de forma específica às

⁴² Sobre a disputa judicial em torno da validade dessa resolução, Maria Paula dos Santos relata que: “A resolução do CONAD de 2015, contudo, teve seus efeitos suspensos por medida liminar, concedida pela 2ª Vara Federal de São Paulo, em 4 de agosto de 2016, a pedido do Ministério Público Federal – mais precisamente, da Procuradoria Regional de Defesa do Cidadão (PRDC) de São Paulo. O autor da liminar considerou que as CTs não poderiam ser regulamentadas pelo CONAD, que é órgão do Ministério da Justiça, já que elas seriam equipamentos de saúde, devendo, portanto, ser disciplinadas somente pelo MS. O questionamento judicial da Resolução nº 1/2015 (Brasil, 2015) foi apoiado por diversas organizações da sociedade civil e pelos conselhos profissionais de psicologia e de serviço social [...]. Uma das grandes preocupações desses atores, com relação ao cuidado em CTs, advinha das denúncias sobre violações de direitos nessas instituições identificadas em inspeções realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, Ministério Público e Mecanismo Nacional de Prevenção da Tortura, do Ministério da Justiça (CFP, 2011). Essa mesma liminar foi derrubada mais de um ano depois pelo Tribunal Federal da 3ª Região (São Paulo), e o julgamento final da ação foi concluído em 19 de junho de 2018, mantendo a validade da Resolução CONAD nº 1/2015”. Maria Paula Gomes dos Santos, “Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018), 29.

⁴³ Sistema de informação oficial de cadastramento dos estabelecimentos de saúde, Art. 2º.

⁴⁴ Portaria nº 1.482/2016 do MS, Art. 1º.

⁴⁵ Pessoas jurídicas de direito privado e sem fins lucrativos.

⁴⁶ Em 2016, Osmar Terra, importante figura relacionada ao fortalecimento das CTs, já possuía forte influência política no governo. Em maio de 2016, na gestão de Michel Temer, ele assumiu o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Seu lugar político influenciou a aprovação de regulamentações relacionadas às CTs, e sua designação para o Ministério da Cidadania, com controle das pautas da SENAPRED, no início do governo Bolsonaro em 2019, é um importante marco desse campo.

⁴⁷ Portaria conjunta dos Ministérios de Estado da Justiça e Segurança Pública, da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Trabalho.

CTs⁴⁸. Em março de 2018, foi publicada a Resolução nº 1/2018 do CONAD⁴⁹, com diretrizes para o realinhamento e o fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), na qual se observa a menção da abstinência⁵⁰ como perspectiva de tratamento e a promoção das CTs como componentes⁵¹ da rede de suporte social em álcool e outras drogas.

Em novembro de 2018, o MS publicou a Portaria nº 3.449/2018, que criou o Comitê das Comunidades Terapêuticas com o objetivo de propor normas de regulação correlatas no âmbito das políticas públicas em AD⁵². A instituição de comitês relacionados às CTs e com composição favorável ao ganho de espaço na construção das políticas públicas, é um reflexo do crescimento de sua influência na última década e, especialmente, nos últimos anos. Outro reflexo é a existência, desde 2011, de Frentes Parlamentares relacionadas às CTs, um importante instrumento para sua organização política na Câmara e no Senado⁵³. A organização coletiva das CTs em federações e confederações⁵⁴, ao longo das últimas décadas, é um elemento propulsor central para o aumento de influência nas políticas públicas.

Em janeiro de 2019, o início da gestão do presidente Jair Bolsonaro marca uma guinada à extrema direita no governo, e os reflexos de tal fato não podem ser desconsiderados na análise ora desenvolvida. Em fevereiro de 2019, foi publicada a Nota Técnica nº 11 do Ministério da Saúde, documento explicativo da nova Política Nacional de Saúde Mental. As diretrizes propostas revelam o fortalecimento do cuidado hospitalar como centro, reinserindo os hospitais psiquiátricos entre os dispositivos da RAPS. Embora indique se orientar pela reforma psiquiátrica anteriormente consolidada, a nova política reintroduz práticas que haviam sido ultrapassadas nesse campo. Em relação às CTs, o documento apenas menciona o Comitê das Comunidades Terapêuticas (criado pela Portaria nº 3.449/2018 do MS) e refere-se à Resolução nº 1/2015 do CONAD como regulatória de seu funcionamento.

⁴⁸ Portaria Interministerial nº 2/2017, Art. 6º.

⁴⁹ Segundo Maria Paula dos Santos, a primazia da estratégia da abstinência trazida pela resolução e a possibilidade de retomada das internações de longa permanência implicam uma preocupante agenda de contrarreformas, como ressalta a autora: “O CONAD, por sua vez, agora com alguns novos integrantes indicados pelo governo que se iniciava, baixaria uma nova resolução em março de 2018 (Resolução nº 1/2018), determinando a primazia da promoção da abstinência como estratégia de cuidado a usuários de drogas (art. 1º, III) – em franca contradição com as premissas da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, de 2003 (Brasil, 2003). O avanço dessa agenda de (contra) reformas das políticas de saúde mental – nelas incluídas as estratégias de atenção a usuários de drogas – impõe grandes preocupações. Primeiramente, porque as medidas adotadas propiciam a retomada das internações de longa permanência, tecnologia de cuidado já amplamente criticada e superada pela comunidade internacional, inclusive a OMS. No tocante especificamente aos cuidados a usuários de drogas, cabe registrar que não há base científica para se afirmar que as estratégias de promoção da abstinência sejam superiores, em termos de eficácia, que quaisquer outras”. Gomes dos Santos, “Comunidades terapêuticas”, 30-31.

⁵⁰ Resolução nº 1/2018 do Ministério da Cidadania, Art. 1º, III.

⁵¹ *Ibid.*, Art. 1º, VII, § 2º.

⁵² Portaria nº 3.449/2018 do MS, Art. 1º.

⁵³ Com a mudança das legislaturas, as Frentes Parlamentares são repactuadas. Em 2019, houve a criação da Frente em funcionamento no presente momento.

⁵⁴ Na década de 1990, o CONFEN (posterior CONAD) teve importante papel no estímulo ao movimento de padronização das CTs através de federações e confederações, e no processo de sua regulação jurídica. Ver debate em Ana Regina Machado, “Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas” (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006). Sobre o tema, ver também o artigo de Priscila Farfan Barroso nesta série.

Para a análise das normas publicadas no ano de 2019, é importante lembrar que a Medida Provisória nº 870, aprovada no primeiro dia da gestão da atual presidência, determinou mudanças na competência dos ministérios, tendo o Decreto nº 9.674/2019 definido a Estrutura Regimental do Ministério da Cidadania, prevendo que as ações de cuidado, prevenção e reinserção social pertinentes ao tema das drogas fossem transferidas da SENAD, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, para a SENAPRED, do Ministério da Cidadania.

Essa mudança reveste-se relevância política e jurídica – uma vez que os ministérios têm competência normativa para disciplinar os temas sob sua gestão, as forças políticas que ocupam tais órgãos, em cada contexto histórico, possuem incidência direta na regulação das matérias de sua competência, podendo alterar os rumos do desenvolvimento das políticas públicas nacionais. Nesse sentido, é importante ressaltar que o primeiro Ministro da Cidadania do atual governo foi Osmar Terra⁵⁵, um dos nomes de influência política relacionados às CTs e autor do projeto de alteração da Lei de Drogas que, como visto, incluiu nesta uma seção específica sobre tais instituições.

Em março de 2019, o Ministério da Cidadania publicou três portarias referentes à regulamentação das CTs. A Portaria nº 562 criou um plano de monitoramento no âmbito da SENAPRED, tornando-a responsável por fiscalizar as CTs abrangidas pelos editais de contratação; a Portaria nº 563 criou o cadastro de credenciamento das CTs e estabeleceu as regras e os procedimentos para sua realização no âmbito do Ministério da Cidadania; e a Portaria nº 564 criou a certificação de qualidade dos cursos de capacitação. Apesar da edição dessas normas, ainda não existem regras de monitoramento efetivo para as CTs e, portanto, tais portarias permanecem sem maiores efeitos práticos.

Em abril de 2019, foi aprovada a PNAD, através do Decreto nº 9.761, com destaques específicos relativos às CTs⁵⁶ e com a previsão da abstinência como orientação geral de tratamento. Em seus pressupostos e objetivos, assim como nas ações de prevenção e tratamento, a diretriz da abstinência aparece de forma recorrente. Dois meses depois, em junho de 2019, foi aprovada a Nova Lei de Drogas, cujo conteúdo já foi abordado. Em novembro de 2019, o Ministério da Cidadania publicou a Portaria nº 1, que regulamentou o Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT), com o objetivo de tornar públicos os procedimentos de financiamento pela SENAPRED, tendo instituído, note-se, o tempo de doze meses como limite máximo para o acolhimento em CTs⁵⁷.

Em março e maio do ano de 2020, foram publicadas, respectivamente, a Portaria nº 340 do Ministério da Cidadania, com medidas referentes à pandemia do COVID-19, e a Nota Técnica nº 2 da ANVISA, com orientações sobre a aplicação da RDC nº 29/2011. Por não abordarem pontos de atenção

⁵⁵ Filiado ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB), Osmar Terra é deputado federal pelo Estado do Rio Grande do Sul. Exerceu o cargo de Ministro do Desenvolvimento Social no governo de Michel Temer e de Ministro da Cidadania no governo Bolsonaro. Osmar Terra é conhecido por sua influência política no sentido do fortalecimento das CTs.

⁵⁶ São exemplos: "Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem" (Decreto nº 9.761/2019, Anexo, item 5.2.5) e "Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada" (Ibid., item 5.2.6).

⁵⁷ Portaria nº 1/2019 do Ministério da Cidadania, Art. 12, § 8º.

especificamente relacionadas ao marco regulatório objeto deste artigo, esses documentos não são por ora explorados em detalhes, embora também se apliquem às CTs.

Em julho de 2020, foi publicada a Resolução nº 3 do CONAD, que aborda a internação de adolescentes em CTs. Embora este artigo não tenha por finalidade aprofundar o delicado e complexo debate sobre a infância e a adolescência, cumpre ressaltar que essa possibilidade de internação de adolescentes em CTs abre uma nova frente de discussão sobre os direitos e garantias dessa população vis-à-vis as normas de proteção que lhe são específicas no ordenamento brasileiro.

Assim, essas foram as últimas normativas mapeadas no levantamento, que teve como corte temporal final o ano de 2020.

Essa breve exposição das normas relacionadas às CTs publicadas entre 2001 e 2020 tem por objetivo produzir um mapa que contribua para os debates sobre o funcionamento, o modelo de tratamento, o acesso a recursos públicos, a fiscalização e a própria competência regulatória concernentes às CTs. Nesse período, foi produzido um arcabouço normativo oriundo das áreas da saúde, da justiça, da segurança e da assistência social que garantiu a inserção das CTs na rede pública de atenção e seu financiamento pelo Estado, sem, no entanto, uma política consolidada de controle e fiscalização dos serviços ofertados por elas.

A análise dessa base jurídica é imprescindível para a identificação de contradições e lacunas legais que produzem efeitos práticos, e muitas vezes danosos, no desenvolvimento de políticas públicas. Ademais, a discussão jurídica não pode permanecer apartada do campo empírico ao qual se aplica: é essencial conhecer a realidade das formas de operar das CTs para refletir sobre sua adequação às garantias pertinentes à saúde mental e aos direitos humanos. O propósito da pesquisa que resultou neste artigo foi o de que a compreensão acerca da base legal que sustenta a existência, o funcionamento e o financiamento público das CTs é um componente essencial aos diversos debates sobre esses temas.

Na próxima seção, serão apontados os principais elementos de atenção identificados ao longo da análise - *nós jurídicos* - e será proposta uma reflexão à luz dos direitos humanos.

NÓS JURÍDICOS E NORMATIVAS DE PROTEÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O exame normativo acima permitiu identificar questões controversas no âmbito da regulamentação das CTs. Embora o escopo deste artigo não seja desamarrar tais *nós*, é essencial explicitar tais pontos de tensão, importantes para a reflexão sobre o quadro jurídico em que se inserem as CTs e suas repercussões práticas. Entre os problemas identificados, um pareceu-nos central, por dele se desdobrarem os demais: a indefinição da natureza jurídica das CTs, a qual repercute no enquadramento normativo do modelo de tratamento. Para avançar, é fundamental refletir sobre outro nó: a qual área política compete regular sobre o tratamento e sobre os serviços referentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas?

Sobre a natureza jurídica das CTs, dois documentos são primordiais: a Portaria nº 3.088/2011 (Portaria da RAPS) do MS e a Resolução nº 1/2015 do CONAD. Se, por um lado, a Portaria da RAPS define os serviços nela previstos como *equipamentos da saúde* (mesma linha seguida por outras normas da saúde, como as Portarias nº 1.646/2015 e nº 1.482/2016, que regulam o cadastro no CNES para as CTs), por

outro lado, a Resolução nº 01/2015 do CONAD dispõe que as CTs possuem natureza de *equipamentos de interesse e apoio às políticas de atenção*⁵⁸. Ambas possuem valor jurídico similar; no entanto, o Decreto nº 5.912/2006, de hierarquia jurídica superior a essas duas normas, estabeleceu a competência da saúde para regular as matérias afeitas ao tratamento e aos serviços de atendimento⁵⁹.

Uma vez que tal decreto não foi substituído posteriormente por qualquer outra norma que tenha estabelecido outra atribuição de tal competência, nosso entendimento é de que prevalece a natureza jurídica de equipamento da saúde indicada na Portaria nº 3.088/2011 e que, no que tange à regulação do tratamento e dos serviços de atenção relacionados a álcool e outras drogas, o CONAD extrapolou sua competência ao regulamentar essas questões.

Ademais, a Lei nº 13.840/2019, mesmo tendo criado uma seção específica sobre CTs, não regulamentou de forma explícita sua natureza jurídica, indicando apenas que estão proibidas de realizar **qualquer modalidade de internação**. Assim, pela interpretação do quadro regulatório aqui proposta, as CTs devem ser consideradas dispositivos da saúde, aplicando-se a elas as normas referentes a esses equipamentos.

No que concerne à expressa proibição de internação em CTs, fixada em tal lei, as repercussões práticas são importantes. Apesar do prévio entendimento de que as CTs realizam *acolhimento voluntário*, e não internação (a indefinição sobre a noção de acolhimento voluntário é discutida abaixo), essa vedação torna explicitamente ilegal não somente a realização de internações involuntárias, mas também a prática de internações compulsórias nessas instituições, determinadas pelo próprio Poder Judiciário.

À luz das normas aplicáveis e sem adentrar nas outras dimensões de políticas públicas pertinentes a esse debate, as CTs, como equipamentos da saúde, devem observar as diretrizes da LRP. Ante tais diretrizes, seria possível conceber como adequada a oferta de serviços de tratamento em saúde mental por essas instituições? Dito de outra forma, os preceitos que estruturam o modelo de tratamento das CTs, em especial a obrigatoriedade da abstinência, a consequente ausência de autonomia do usuário na escolha do tratamento e o isolamento social, podem ser compatibilizados com essas diretrizes? Arrisca-se dizer que, mais do que um problema de adequação de práticas por meio do monitoramento e da fiscalização – ações essenciais, uma vez que atualmente as CTs possuem ampla inserção nas políticas de atenção –, trata-se de um problema estrutural de incompatibilidade de modelos de cuidado.

A propósito dessa questão, aponta-se outro nó jurídico: mesmo entendendo a natureza jurídica das CTs como de equipamento da saúde, não resta nítido o que define sua modalidade de tratamento. Apesar de sua classificação, pelas normativas, como serviço de acolhimento, existe uma lacuna na definição jurídica dessa prática. É possível, por exemplo, diferenciar juridicamente o modelo de acolhimento das CTs das práticas de internação voluntária? Considerando em especial a questão do tempo de permanência máximo, infere-se que tal diferenciação permanece nebulosa. Uma vez que é proibida a realização de internação em CTs, a nomenclatura *acolhimento* parece funcionar simultaneamente como

⁵⁸ Os “equipamentos de saúde” são dispositivos que estruturam as diferentes políticas públicas do SUS nas mais diversas áreas e devem se orientar obrigatoriamente pela regulamentação jurídica da saúde. Já “equipamentos de interesse e apoio às políticas de atenção” consistem em um conceito indeterminado relativo a dispositivos que possuem relação com políticas de cuidado em saúde, mas que, por não pertencerem a esta área de política pública, não estariam sujeitos a sua regulamentação.

⁵⁹ Decreto nº 5.912/2006, Art. 14, I.

uma operação discursiva vazia de sentido no tocante à capacidade de definir o serviço prestado, mas também repleta de propósitos, no que se refere à sustentação da imprecisão como meio para o desvio do debate crítico e da manutenção de brechas que permitem a flexibilização das regras de funcionamento.

O tempo máximo de permanência concerne tanto ao debate sobre o acolhimento quanto com a discussão acerca da competência regulatória. Dois tempos se sobrepõem no cenário normativo em vigor: enquanto na saúde a Portaria nº 3.088/2011 determina o período máximo de nove meses de internação, na área AD a Resolução nº 1/2015 do CONAD e a Portaria nº 1 do Ministério da Cidadania preveem o tempo de doze meses. Adotando-se o tempo como variável relativa ao tratamento, depreende-se que compete à saúde tal competência regulatória, devendo ser respeitado o prazo máximo de nove meses. É importante também considerar que esse tempo prolongado de isolamento social r retoma um modelo de tratamento de característica asilar⁶⁰.

Assim como o tempo máximo de permanência, a discussão acerca da abstinência como *diretriz única* adotada pelas CTs, em contraposição à pluralidade de estratégias de redução de danos, também diz respeito ao tratamento. Nesse ponto, chama a atenção a Nota Técnica nº 11 do MS, que institui a Nova Política de Saúde Mental e prevê um modelo fundamentado prioritariamente na abstinência. Entretanto, a análise desenvolvida permite constatar que, mesmo no campo político AD, as estratégias da redução de danos possuem grande relevância no universo normativo. Importante exemplo, considerando sua força hierárquica, é a previsão, na Lei nº 11.343/2006, do retardamento do uso e da redução de riscos e danos como diretrizes de tratamento e de formulação dos projetos terapêuticos. O novo texto legal, apesar de se referir à abstinência na seção dedicada às CTs, não alterou tal orientação geral para o desenvolvimento de atividades de prevenção e tratamento.

A análise das contradições normativas indicou uma pista interessante para o desdobramento do debate, que será utilizada como chave de leitura das normas protetivas de direitos humanos vis-à-vis sua aplicação em discussões relacionadas a políticas públicas sobre drogas. Se, por um lado, pode-se refletir sobre as CTs a partir de uma perspectiva *conjuntural*, o que torna premente a estruturação de ações efetivas de fiscalização para o cumprimento das previsões normativas e a eliminação de violências e abusos, por outro, é urgente problematizá-las desde uma perspectiva *estrutural*, verificando que seus pilares podem se mostrar incompatíveis com os preceitos da LRP e a proteção aos direitos humanos de usuários de álcool e outras drogas.

Enquanto o crescimento das CTs e de seu acesso a recursos públicos exigem formas sistemáticas de fiscalização – a ação da ANVISA⁶¹, o papel do Ministério Público e a estruturação adequada de órgãos dotados de independência para essa fiscalização, como os Mecanismos de Prevenção e Combate à Tortura –, esses temas ultrapassam a dinâmica fiscalizatória e implicam contradições estruturais. A

⁶⁰ Sobre o isolamento social implementado pelas CTs, Maria Paula dos Santos comenta: “No caso das clínicas médicas e das CTs, o postulado da abstinência vem ainda acompanhado de antigas práticas de tratamento psiquiátrico, especialmente o recolhimento dos pacientes a instituições fechadas, onde são submetidos a isolamento social, sob rigorosas regras de conduta e convivência, e sob vigilância e tutela de uma equipe dirigente. A adoção dessas medidas sobre usuários de drogas é frequentemente justificada pelos argumentos da falta de controle dessas pessoas sobre a sua própria vontade, e também da distorção de suas percepções sobre a realidade, o que as tornaria incapazes de desfrutarem de liberdade e autonomia”. Gomes dos Santos, “Comunidades terapêuticas”, 23.

⁶¹ Para mais detalhes sobre o tema da fiscalização, ver artigo de Jardel Fischer Loeck nesta série.

partir dessas duas dimensões, seguem abaixo algumas breves observações especificamente sobre a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Convenção) e a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e sua pertinência nesse contexto⁶².

A Convenção de 2007 foi aprovada pelo Decreto Legislativo nº 186/2008, nos termos do artigo 5º, § 3º da Constituição Federal. Em 2009, o Decreto nº 6.949 a promulgou, tornando-a o primeiro tratado de direitos humanos incorporado ao ordenamento jurídico interno com valor de Emenda Constitucional. Em 2015, tendo como base seus preceitos, foi aprovada a LBI. Essas normas abordam a deficiência em suas dimensões física, mental, intelectual e sensorial⁶³. Alguns pesquisadores veem a inclusão da dimensão mental como mais um espaço para o debate sobre a proteção no que se refere às situações de uso prejudicial de álcool e outras drogas⁶⁴. Todavia, saliente-se que, embora a inclusão desse tema amplie o rol de proteção aos direitos humanos dos usuários de substâncias, existe também o risco de uma apropriação estigmatizante da noção de deficiência na esfera do uso problemático de drogas e do aumento de intervenções abusivas sobre usuários e usuárias.

Neste trabalho, apresentamos apenas uma breve reflexão sobre alguns desdobramentos da aplicação de tais normas para a proteção de usuários de álcool e outras drogas como um *insight* quanto aos possíveis caminhos futuros desse debate. De qualquer forma, a inclusão do tema AD no escopo dessas normas deve caminhar junto com uma compreensão mais libertária sobre a saúde mental, em que prevaleça a autonomia dos sujeitos. Deve caminhar junto também com a aposta na saúde coletiva e no fortalecimento da rede de atenção capilarizada pelos territórios. Em termos gerais, essa disposição interpretativa está relacionada a uma aposta ética e expressa na vida, na liberdade e na autonomia.

A Convenção veda qualquer ato discriminatório por motivo de deficiência e que impeça o livre exercício de todos os direitos fundamentais. A LBI determina que a pessoa com deficiência deve ser protegida de qualquer forma de discriminação, violência, opressão, negligência ou tratamento desumano e

⁶² A discussão sobre os direitos humanos dos usuários de drogas ganhou fôlego nos últimos anos. Para maiores detalhes sobre como os campos de políticas de drogas e de direitos humanos estão interconectados, ver as “Diretrizes internacionais sobre direitos humanos e política de drogas”, publicadas em 2019 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Organização Mundial de Saúde (OMS), dentre outros, acessado em 24 de fevereiro de 2021, <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html>.

⁶³ Art. 1º da Convenção e Art. 2º da LBI.

⁶⁴ Sobre esse debate, o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017), elaborado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, pelo Conselho Federal de Psicologia e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, aponta: “Destaca-se que a diferenciação posta na legislação entre deficiência intelectual e deficiência mental não é por acaso. Essa distinção incorpora na agenda de proteção as pessoas com transtornos mentais – incluindo os decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Fundamentando-se nessa Convenção, em 2015, o Brasil aprovou o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que reforça o veto ao tratamento ou institucionalização forçados. [...] Ratifica-se, assim, que a privação de liberdade não pode ter como justificativa a existência da deficiência – inclusive a mental decorrente do uso de álcool e outras drogas. A lógica que orienta essa Convenção é similar àquela que se encontra na Constituição Federal de 1988 e na Lei da Reforma Psiquiátrica, indicando uma convergência entre profissionais do campo da saúde, do direito e dos direitos humanos no Brasil e no exterior. A ênfase do cuidado com a saúde no território – e não em espaços de isolamento – busca justamente o não rompimento dos laços sociais”. Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas* (Brasília: 2018), 28.

degradante⁶⁵. Uma indagação suscitada por esse ponto é se modelos de tratamento cujo objetivo é a readequação de comportamentos considerados desviantes não seriam inerentemente discriminatórios, uma vez que pressupõem uma falha em relação a um padrão supostamente adequado de existência. A propósito, a Convenção determina que devem ser combatidos estereótipos, preconceitos e práticas nocivas destinados às pessoas com deficiência⁶⁶.

A autonomia individual é afirmada enquanto princípio norteador em saúde mental⁶⁷, tornando, assim, necessária a reflexão sobre se a estrutura do tratamento em CTs, baseada fundamentalmente na obrigatoriedade de preceitos como a abstinência e o isolamento social⁶⁸, não fere a livre escolha e, portanto, a autonomia do usuário. Esse aspecto ultrapassa o debate – de extrema relevância – sobre se o usuário tem efetivo conhecimento acerca do que está consentindo quando assina um termo de adesão⁶⁹, e que diz respeito também às atividades de fiscalização. Em sua dimensão estrutural, o tema da autonomia nas CTs parece não ser passível de adequação.

Outro ponto que colide de maneira estrutural com as CTs é a garantia, pela Convenção, do direito à vida em comunidade e a serviços próximos ao domicílio⁷⁰, assim como a inclusão comunitária e o não isolamento social⁷¹. A LBI, nesse mesmo sentido, elenca, entre as diretrizes para o tratamento de pessoas com deficiência, o direito à convivência familiar e comunitária⁷², a plena participação social e a prestação de serviços próximos ao domicílio⁷³.

Entre os pontos da Convenção que se relacionam mais diretamente à dinâmica fiscalizatória, estão: o direito à privacidade; a formação dos trabalhadores e sua conscientização sobre direitos humanos; e a proibição de trabalho forçado, escravo ou em regimes de servidão. Em relação ao aspecto fiscalizatório, a LBI estabelece a necessidade de consentimento prévio e esclarecido; a adequação do projeto arquitetônico aos princípios do desenho universal; a garantia de acessibilidade; a capacitação continuada, entre outros.

A Convenção determina que as pessoas não sejam privadas arbitrariamente de sua liberdade, não podendo a deficiência existente ser utilizada como justificativa⁷⁴. Quanto a esse ponto, apresenta-se

⁶⁵ LBI, Art. 5º.

⁶⁶ Convenção, Art. 8º, 1, B.

⁶⁷ Ibid., Art. 3º.

⁶⁸ Sobre o isolamento social e a abstinência enquanto pilares do tratamento em CTs, Maria Paula dos Santos argumenta: “O objetivo específico das CTs é levar seus assistidos a suspenderem o uso de drogas, a partir de uma transformação subjetiva, induzida por um conjunto de práticas e atividades realizadas em um contexto de isolamento social e total abstinência de drogas. Elas se configuram como residências coletivas temporárias, nas quais os indivíduos devem ingressar voluntariamente e ali permanecer por períodos extensos (em geral, de nove a doze meses), entre um conjunto de pares (pessoas que igualmente têm problemas com drogas) e sob a vigilância de monitores – em geral, pessoas que já passaram pelo mesmo tratamento”. Gomes dos Santos, “Comunidades terapêuticas”, 11.

⁶⁹ Para uma discussão sobre voluntariedade no contexto das fiscalizações realizadas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, ver o artigo de Carolina Gomes Duarte e Mathias Glens publicado nesta série.

⁷⁰ Convenção, Art. 25, C.

⁷¹ Ibid., Art. 19, B.

⁷² LBI, Art. 6º, V.

⁷³ Ibid., Art. 15, III, IV, V.

⁷⁴ Convenção, Art. 14, 1.

uma circunstância específica acerca da fiscalização das CTs, pois, a despeito de não ser permitida a internação involuntária ou compulsória, sua prática é uma realidade no Brasil⁷⁵. A necessidade de efetiva fiscalização está expressamente determinada na própria Convenção, dispendo-se que, para coibir práticas abusivas, os Estados devem garantir o monitoramento das instituições por autoridades independentes⁷⁶. Por fim, a Convenção determina que os Estados levem em consideração, no desenvolvimento de todas as políticas públicas, a promoção e a proteção aos direitos humanos⁷⁷.

Assim, estão por ora expostos e analisados os principais pontos referentes à construção do quadro normativo aplicável às CTs, bem como as questões controversas que o compõe e sua relação com dispositivos de proteção em direitos humanos.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve por objetivo mapear os instrumentos jurídicos relacionados à regulação das CTs no Brasil, para a compreensão do que poderia ser considerado o marco regulatório de tais instituições na legislação nacional. Foram estudadas normas publicadas entre 2001 e 2020 pelas áreas da saúde, da justiça e da assistência social, direta ou indiretamente pertinentes aos serviços prestados pelas CTs. O levantamento identificou um cenário composto por normativas que, longe de revelarem um arcabouço coerente, apresentam importantes sobreposições e lacunas. A partir do estudo, foi sugerida a linha interpretativa de que a regulação sobre o tratamento e a organização de serviços públicos e privados compete à área da saúde. Sem pretender resolver todos os *nós* que surgem dessa análise jurídica, este trabalho propõe levantar indagações que se desdobrem e aprofundem o debate aqui iniciado, reforçando a importância de que mais pesquisadores da área do Direito se debruçam sobre tais temas.

A comparação entre o modelo de tratamento das CTs e as diretrizes que orientam o desenvolvimento das políticas públicas em saúde mental – que tem na reforma psiquiátrica seus pilares – trouxe um caminho para a continuidade da reflexão: examinar, por um lado, problemas *conjunturais* e, por outro, questões *estruturais*. Foram, então, analisadas a Convenção Internacional sobre a Pessoa com Deficiência e a LBI e verificado que o modelo das CTs pode ser entendido como estruturalmente em desacordo com os preceitos garantidores de direitos, não se limitando o debate ao controle sobre os serviços prestados e a ajustes nas práticas institucionais.

A constatação do crescimento e do fortalecimento das CTs ao longo do tempo torna necessário refletir sobre a adequação dos serviços prestados em tais instituições às normativas em vigor. Todavia, é crucial, nessa reflexão estrutural profunda, considere-se a inserção das CTs como dispositivos da rede pública de atenção, a partir da ponderação acerca dos pilares de seu modelo de tratamento. Reforça-se, ainda, a necessidade de examinar a construção das políticas públicas de atenção em álcool e outras drogas como uma questão de saúde coletiva, à luz da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos, com

⁷⁵ Para mais informações sobre o tema, ver o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017), publicado em 2018 pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal. Ver também Luciana Barbosa Musse, “Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018).

⁷⁶ Convenção, Art. 16, 3.

⁷⁷ *Ibid.*, Art. 4º, C.

respeito ao tratamento singularizado, à liberdade individual, à autonomia e ao vínculo com o território. Tais reflexões são necessárias ao se observar que o modelo das CTs no Brasil apresenta-se estruturalmente dissonantes com tais relevantes diretrizes.

O FINANCIAMENTO PÚBLICO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: GASTOS FEDERAIS ENTRE 2010 E 2019

RENATA WEBER¹

O estudo do financiamento de programas e ações em saúde mental, álcool e outras drogas é fundamental para a consolidação das políticas públicas de saúde mental no mundo. A alocação financeira governamental para tais políticas é um aspecto que está diretamente relacionado à lacuna de tratamento (*treatment gap*), com implicações como o não tratamento de muitas pessoas com sofrimentos e transtornos mentais². Ter recursos específicos não é suficiente, no entanto, para reduzir tal lacuna – entre vários fatores, é crucial saber como e onde esses recursos são gastos³. A Organização Mundial de Saúde recomenda expressamente o desenvolvimento de uma política de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas baseada na comunidade e alerta os países membros para o perigo de perda de recursos durante a transição entre um cuidado centrado na atenção hospitalar para o cuidado comunitário⁴.

Com a publicação da Lei nº 10.216/2001 – conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que trata a internação hospitalar como último recurso de tratamento e garante às pessoas o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base comunitária com garantia de respeito aos direitos humanos –, o Brasil assumiu uma posição inequívoca no sentido da construção de uma rede de serviços baseados na comunidade.

A partir dos anos 2000, o governo federal inicia a transição de um cuidado centrado no hospital para o cuidado em liberdade, realizado por meio de uma rede de serviços de base comunitária. Estudo sobre o financiamento desse processo no país mostrou crescimento real dos recursos federais do setor saúde alocados em programas e ações de saúde mental, álcool e outras drogas entre 2001 e 2009⁵. Em tal

¹ Psicóloga Clínica. Mestre em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Integrou a equipe da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde entre 2001 e 2011. Atualmente, é pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (Nuppsam/IPUB/UFRJ). Também atua como musicista e artista visual.

² Martin Knapp, David McDaid, Silvia M.A. A. Evers, Luis Salvador-Carulla e Vidar Halsteinli, *Cost-effectiveness and mental health* (London: London School of Economics and Political Science, 2008).

³ David McDaid, Martin Knapp e Clare Curran, *Policy Brief Mental Health III – Funding mental health in European observatory on health systems and policies* (Copenhagen: World Health Organization, 2005); Anna Dixon, David McDaid, Martin Knapp, Clare Curran, “Financing mental health services in low and middle income countries”, *Health Policy Plan* (2006): 21(3):171-82; DOI:10.1093/heapol/czl004; K. S. Jacob et al., “Mental health systems in countries: where are we now?” *Lancet* (2007): 370(9592):1061-77, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61241-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61241-0/fulltext).

⁴ Organização Mundial da Saúde. *Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança* (OMS, 2001).

⁵ Renata Weber Gonçalves, Fabíola Sulpino Vieira e Pedro G. Delgado, “Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009”, *Revista Saúde Pública*, (2012): 46(1):51-8, <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>.

período, houve investimento expressivo nas ações extra-hospitalares/comunitárias, acompanhado de crescimento e interiorização da Rede de Atenção Psicossocial⁶ (RAPS).

Por volta de 2010, todavia, um equipamento alheio ao campo da saúde pública passou a receber recursos federais – essencialmente na forma de contratação de vagas – para a prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substância psicoativa⁷: a comunidade terapêutica (CT). O financiamento de vagas em CTs com recursos públicos estaduais e municipais já era prática comum nos estados e municípios brasileiros⁸. O financiamento federal dessas vagas começou a ser viabilizado, no entanto, especialmente a partir do contexto do “Plano Crack”⁹, coordenado pelo Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e pelo Ministério da Justiça.

A desvinculação da política sobre álcool e outras drogas da pasta da saúde já era um movimento presente no governo brasileiro desde a década de 1990¹⁰. É na década de 2010, no entanto, que essa tendência se aprofunda. Com a instituição, em 2017, de um Comitê Gestor Interministerial – coordenado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública e voltado para a articulação de ações de reinserção social e de cuidado para pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas –, a desvinculação da política de drogas da pasta da saúde se realiza oficialmente, muito embora o Ministério da Saúde faça parte do Comitê Gestor¹¹.

O Ministério da Saúde já cogitava – em publicação de 2005¹² – que a saúde pública brasileira não havia se ocupado devidamente da grave questão do tratamento e da prevenção do uso problemático de álcool e outras drogas até 2001, tendo deixado esse tema complexo para instituições de benemerência, pedagogia, justiça e segurança pública: é essa lacuna histórica que teria dado às CTs (em geral, instituições de caráter asilar, baseadas em práticas religiosas e que têm como meta a abstinência¹³) o

⁶ O estudo constatou o crescimento real de 51,3% do gasto em saúde mental no período. A desagregação do gasto revelou aumento expressivo do valor extra-hospitalar (404,2%) e decréscimo do hospitalar (-39,5%).

⁷ Nos termos do Edital de Chamamento Público nº 1/2012 da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, publicado no Diário Oficial da União de 08/11/2012.

⁸ Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada sobre as CTs informou sobreposição em seu financiamento público: 8% das CTs que responderam às questões sobre financiamento informaram receber financiamento dos governos federal, estadual e municipal. Cerca de 56% informaram receber financiamento de ao menos duas esferas de governo. O mais comum é a sobreposição de financiamentos municipais e estaduais (35%). IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Brasília: IPEA, 2017), https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf.

⁹ Decreto nº 7.179/2010, que “Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências”.

¹⁰ Nelson Cruz, Renata Gonçalves e Pedro G. Delgado, “Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019”, in *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 19, no1 (2021): e00285117. DOI:10.1590/1981-7746-sol00285.

¹¹ Portaria Interministerial nº 2/2017.

¹² Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE e Coordenação Geral de Saúde Mental, *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas* (Brasília: OPAS, 2005).

¹³ Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal, *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017* (Brasília: CFP, 2018). O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, publicado em 2017, revela que tais características ainda descrevem essas instituições.

espaço para se apresentar como uma opção na oferta de serviços em meio a uma relativa ausência do Estado e do campo da saúde pública no enfrentamento da questão. É apenas a partir de 2002 que entes da saúde pública passam a construir uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas¹⁴.

O cenário dos anos 2010 é de intensos debates no campo¹⁵, sendo o financiamento público de CTs um dos temas em disputa. Ao mesmo tempo em que o financiamento federal passa a ser realizado por meio de editais publicados pelo então Ministério da Justiça, com recursos de fora do setor da saúde, grandes passos são dados no campo normativo¹⁶, sob significativa tensão governamental¹⁷ e protesto do campo da saúde pública¹⁸, para a viabilização das CTs como equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) – movimentos ocorridos num momento histórico de desfinanciamento do SUS¹⁹ e num contexto de crescente ruptura com o modelo assistencial vigente no campo da saúde mental desde a Lei nº 10.216/2001²⁰ – nesse sentido, a chamada “Nova Política de Saúde Mental”²¹, tornada pública através da Nota Técnica nº 11/2019, é um marco²².

Este estudo pretende contribuir para essa discussão buscando uma estimativa do montante do financiamento público federal das CTs entre 2010 e 2019. Para compreender melhor a questão, pretende-se também estimar os gastos federais realizados pelo SUS com programas e ações em saúde mental, álcool e outras drogas, a partir das categorias *gastos hospitalares* e *gastos extra-hospitalares*. Como os gastos com CTs se relacionam com os gastos do SUS? Como esses gastos variam ao longo do tempo? Como o financiamento de CTs poderia impactar o aumento de gastos hospitalares do governo com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas? A saúde mental no SUS perdeu

¹⁴ Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, implementado através da Portaria nº 2.197/ 2004 do Ministério da Saúde.

¹⁵ Para mais informações, ver Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai, “O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?” (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015).

¹⁶ Em 2011, as CTs constam da Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde como um dos componentes da RAPS; em 2012, a Portaria nº 131, também do Ministério da Saúde, institui incentivos financeiros para apoio aos serviços em regime residencial (incluindo CTs); em 2016, a Portaria nº 1.482, do mesmo ministério, inclui as CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

¹⁷ Entre 2010 e 2012, é grande a pressão realizada sobre o governo federal –principalmente por parlamentares vinculados à Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas – para a assimilação desses equipamentos ao SUS. Ver Denadai, “O Legislativo federal”.

¹⁸ Para detalhes, ver Cruz, Gonçalves, Delgado, “Retrocesso da reforma psiquiátrica”.

¹⁹ A Emenda Constitucional nº 95/2016 determinou o “congelamento” dos recursos do SUS no âmbito dos orçamentos fiscal e da seguridade social da União. As despesas ficaram limitadas, por vinte exercícios, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

²⁰ Desde o ano de 2016, o incremento anual de CAPS vem decaindo de forma expressiva. Para mais informações, ver Cruz, Gonçalves e Delgado, “Retrocesso da reforma psiquiátrica”.

²¹ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. “Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019”, acessado em 10 de fevereiro de 2021, <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/legislacoes/nota-tecnica-no-112019-cgmaddapessams>.

²² Essa ruptura é explicitada também em outros documentos, como no Relatório Anual de 2019 do Plano Plurianual.

recursos federais nos últimos anos? Estas são algumas perguntas que orientam a análise desenvolvida neste artigo.

FINANCIAMENTO DO SUS

Para compreender a metodologia da presente investigação – ou mesmo a interpretação de seus achados –, é importante compreender em alguma medida o orçamento da União. O Estado brasileiro dispõe hoje de alguns instrumentos de planejamento para atingir seus fins. A Lei Orçamentária Anual (LOA), expressa como plano de trabalho para um determinado ano, indica o conjunto de ações a serem realizadas e reserva os recursos necessários à sua execução – para todo conjunto de ações deve existir uma fonte de recursos. O Plano Plurianual (PPA), por sua vez, é um instrumento de planejamento com vigência de quatro anos, cuja finalidade é estabelecer os programas e as metas governamentais de longo prazo. A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) é um instrumento intermediário entre o PPA e a LOA, antecipando as diretrizes, as prioridades de gastos, as normas e os parâmetros que orientam a elaboração do Projeto de Lei Orçamentária para o exercício seguinte. LOA, LDO e PPA compartilham a mesma linguagem, a das ações funcionais programáticas, ações orçamentárias que pertencem a programas, a áreas específicas do governo e a unidades orçamentárias que as executam. Parlamentares podem fazer emendas ao orçamento da União, sendo que toda emenda aprovada incide sobre uma ação funcional programática. Note-se que uma das diretrizes desses instrumentos é a observância dos princípios da supremacia do interesse público sobre o privado e da indisponibilidade do interesse público.

O interesse neste estudo é o exame dos gastos do governo federal com CTs, assim como com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas. Todos esses gastos devem estar descritos na LOA. O que se busca, contudo, pode constar minuciosamente tanto numa ação funcional programática, que atende apenas a um conjunto de ações, quanto estar disperso dentro de uma ação funcional programática muito abrangente – e é disso que a metodologia ora adotada deve dar conta.

Os gastos do governo federal com as CTs vêm onerando o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), uma unidade orçamentária gerida oficialmente pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)²³. Os gastos federais com ações de programas de saúde mental, álcool e outras drogas do campo da saúde oneram, por sua vez, o Fundo Nacional de Saúde (FNS), uma robusta unidade orçamentária cuja gestão é exercida por sua direção executiva, sob a orientação e a supervisão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Todos os recursos federais do SUS originam-se do FNS.

Tanto o FUNAD quanto o FNS estão submetidos, portanto, às normas definidoras dos Orçamentos Anuais, das Diretrizes Orçamentárias e dos Planos Plurianuais, para além das leis específicas que os disciplinam. Esses não são fundos similares entre si, entretanto²⁴. Para além das diferenças de finalidade

²³ Com a publicação da Medida Provisória nº 870/2019, as competências e atribuições da SENAD foram reformuladas, de modo que algumas foram mantidas sob responsabilidade do Ministério da Justiça e Segurança Pública, ao passo que outras (competências relacionadas a prevenção, reinserção, cuidado e pesquisas vinculadas a esses temas) foram transferidas para o Ministério da Cidadania, sob responsabilidade da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED).

²⁴ O FUNAD foi criado pela Lei nº 7.560/86, denominado, à época, de Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB). Tem como finalidade financiar ações, projetos e programas relacionados à política sobre drogas, sobretudo para ações de redução da oferta de drogas, redução da demanda, campanhas,

e porte (a arrecadação do FUNAD é menos de 1% da arrecadação do FNS), há na tradição do SUS órgãos de controle social²⁵ de grande importância democrática – os Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais), compostos por entidades e movimentos de usuários do SUS, representantes de profissionais de saúde e da comunidade científica, além de representantes de prestadores de serviços e do governo.

A Lei nº 8.142/90 estabelece que compete aos Conselhos de Saúde, das diversas instâncias federativas, o controle da execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Tal lei exige ainda que, para receberem os recursos do FNS, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com fundos de saúde próprios, o que possibilita os repasses dos recursos federais aos demais entes da federação de forma capilar (conhecidos como transferências fundo a fundo).

No campo da saúde mental, álcool e outras drogas, quatro conferências nacionais – outra instância colegiada do SUS para a participação da comunidade na gestão das políticas públicas em saúde – sustentam diretrizes para as ações e, portanto, para os gastos do SUS com a pasta, em todas as esferas de governo. A concepção de um controle social robusto faz com que, em tese, o financiamento do campo da saúde seja mais consonante com as demandas sociais e esteja sob permanente fiscalização.

Para se compreender melhor os gastos do FNS com as ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas, também é importante entender ao menos algumas características do complexo financiamento do SUS. A transferência de recursos financeiros do FNS se dá hoje por meio de blocos de financiamento. A forma mais tradicional e usual de destinação de recursos para os municípios é conhecida como “transferência fundo a fundo”. Nesses casos, os municípios e estados recebem recursos diretamente do FNS, que são depositados em fundos municipais e estaduais de Saúde.

O critério para a definição do montante de recursos a serem transferidos é geralmente a magnitude da capacidade instalada em cada território e/ou da respectiva população estimada. Há também transferências definidas a partir da produção de serviços, que são registrados pelo ente federado que os executa, para serem então remunerados pelo SUS, mediante o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). O modo como essas transferências são operadas depende diretamente das “condições de gestão” de cada município ou estado, as quais estão relacionadas, por sua vez, às responsabilidades de prestação de serviços de saúde, atribuídas aos entes subnacionais, conforme o tamanho de sua população, entre outros critérios²⁶. São cinco os blocos de

estudos e capacitações relacionadas à temática das drogas. Os recursos são também aplicados na própria gestão do FUNAD e nas despesas decorrentes do cumprimento das atribuições da SENAD, órgão gestor do Fundo.

²⁵ No sentido usado na área da saúde pública e da reforma sanitária.

²⁶ São duas as condições de gestão para o município no SUS: a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (o município recebe um montante definido a partir de uma estimativa de sua população para o financiamento das ações de atenção básica); e b) Gestão Plena do Sistema Municipal (o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território). Os estados também estão habilitados em dois tipos de condição de gestão. A condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde (a) dá ao gestor estadual uma maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde (aqui, os recursos relativos à assistência de média e alta complexidade, sob gestão da secretaria estadual de saúde, são automaticamente transferidos do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde). Quando o estado está habilitado em Gestão Plena do Sistema Estadual (b), os recursos referentes à atenção básica e os relativos à assistência de média e alta complexidade sob gestão do município em Gestão Plena do Sistema são transferidos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde. Para mais informações sobre o SUS, o Pacto pela Saúde e sua legislação, ver a Norma Operacional da Assistência à

financiamento pelos quais as transferências federais para unidades subnacionais são feitas, tendo em vista a execução de ações e programas de saúde, a saber²⁷:

- Bloco de Atenção Básica: recursos transferidos para a manutenção compartilhada de equipes do programa de saúde da família, equipes de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, entre outros.
- Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade: constituído por dois componentes: a) o Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), que congrega os recursos do teto financeiro de média e alta complexidade (serviços ambulatoriais e hospitalares), além de recursos de incentivo para a formação de redes de atenção e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros; e b) o Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC), que se destina, grosso modo, ao custeio de procedimentos, além de ações estratégicas emergenciais.
- Bloco de Vigilância em Saúde: também constituído por dois componentes: a) Vigilância em Saúde, que engloba as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, agravos e fatores de risco e ações de promoção da saúde; e b) Vigilância Sanitária, que contempla as ações referentes aos órgãos de vigilância sanitária.
- Bloco de Assistência Farmacêutica: constituído por três componentes: a) Componente Básico da Assistência Farmacêutica; b) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e c) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- Bloco de Gestão do SUS: financia, grosso modo, dois componentes: a) Qualificação da gestão do SUS; e b) Implantação de ações e serviços de saúde.

A maior parte dos recursos para as ações e os programas de saúde mental, álcool e outras drogas provém do financiamento do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade, sendo que outra parcela importante origina-se do Bloco da Assistência Farmacêutica. Até 2008, os recursos de custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)²⁸ adinham do FAEC, que se destinava ao pagamento de ações e serviços de programas de alta complexidade que fossem prioritários para o Ministério da Saúde. Tratava-se de recursos adicionais aos programados inicialmente para determinadas unidades da federação (UFs), e tal complementação induziu fortemente a ampliação do número de CAPS e de SRTs no país. A partir de 2008, contudo, os serviços prestados pelos CAPS e demais equipamentos da saúde mental deixaram de receber financiamento adicional,

Saúde/SUS nº 1/2001, implementada pela Portaria nº 95/2001 do Ministério da Saúde, bem como as Portarias nº 399/2006 e nº 699/2006, também do Ministério da Saúde, e o Decreto nº 7.508/2011, entre outros.

²⁷ Aqui apresentados de forma esquemática.

²⁸ A Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do SUS, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, define os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. A mesma portaria define os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) como moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais, ininterruptos), de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

passando a “disputar” recursos com outros procedimentos de média e alta complexidade da mesma UF²⁹.

OPÇÕES METODOLÓGICAS

São muitas as metodologias possíveis para estimar gastos federais, e todas dependem de escolhas que permitam a utilização das melhores informações disponíveis para cada objetivo analítico. Buscou-se aqui adotar estratégias que possibilitassem a construção de uma série histórica de dados entre 2010 e 2019³⁰, o que dependeu essencialmente da disponibilidade dos mesmos tipos de dados, para todo o período que se pretendeu analisar. Como foram utilizados registros administrativos – isto é, dados que são produzidos para fins de gestão do SUS, e não para pesquisas –, é grande a chance de um mesmo dado presente nas bases do SUS para alguns anos não estar mais disponível para outros, o que impõe a adoção de vários procedimentos metodológicos específicos. Nas análises que se seguem, procura-se informar todos os procedimentos metodológicos empregados ao longo deste estudo.

Estimando os gastos do FUNAD com as CTs

O financiamento federal de CTs teve início com o lançamento do Programa “Crack, é possível vencer”, em 2010/2011. Por meio de editais de chamamento público, o governo federal passou a selecionar CTs que seriam habilitadas a oferecer vagas em suas dependências, remuneradas por recursos públicos³¹. Inicialmente, três desses editais foram elaborados conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela SENAD. Entretanto, apenas onze dos projetos apresentados em decorrência desses certames foram então aprovados, uma vez que a grande maioria das propostas não cumpria os requisitos exigidos pela área de saúde – nenhum desses projetos recebeu recursos do FNS³². O *blog Em Discussão!*, do Senado Federal, chegou a noticiar a recusa das CTs em participar do processo seletivo, em razão das exigências impostas pelo Ministério da Saúde, consideradas excessivas por tais instituições³³.

Apesar da evidente abertura de caminhos para o financiamento das CTs nos últimos anos pelo Ministério da Saúde, não há registro de repasses financeiros que lhes tenham sido feitos com recursos do FNS entre os anos de 2010 e 2019. Os recursos federais transferidos para as CTs são originários do FUNAD, antes gerido pela SENAD e, desde 2019, pela SENAPRED. Tais valores estão previstos nas ações funcionais programáticas estabelecidas nos Plano Plurianuais³⁴. Assim, para estimar os gastos federais

²⁹ Flávia Helena Miranda de Araújo Freire, “Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na rede de atenção psicossocial na relação do cuidado à loucura” (Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, 2012).

³⁰ Dados de execução financeira do SUS do ano de 2020 deverão ter estabilidade para estudo apenas a partir do segundo semestre de 2021, razão pela qual os dados de 2019 são os últimos da série histórica pesquisada.

³¹ As CTs também podem ser contempladas por emendas parlamentares.

³² Edinéia Figueira dos Anjos Oliveira, “Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica” (Tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo, 2017).

³³ Senado Federal, acessado em 10 de fevereiro de 2021, <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/sociedade-e-as-drogas/recursos-publicos-comunidades-terapeuticas-religiao-medicos.aspx>.

³⁴ Os recursos do FUNAD são aplicados na contratação de vagas para pessoas que buscam tratamento em CTs. As CTs financiadas são selecionadas por meio editais de chamamento público ou são contempladas por emendas parlamentares.

do FUNAD³⁵ com as CTs optou-se pela coleta do total de valores empenhados³⁶ em ações funcionais programáticas³⁷ verificáveis no Painel do Orçamento Federal – e presentes nos Programas 0655, 2060 e 2085 dos Planos Plurianuais vigentes entre 2010 e 2019³⁸ – que foram oneradas explicitamente por editais de chamamentos públicos para CTs³⁹ e cujos Planos Orçamentários (POs) constam expressamente relacionados às CTs (Acolhimento de Pacientes, Serviços de Acolhimento, Redes de Cuidados, Reinserção Social e Capacitação das Comunidades Terapêuticas). Também foram coletados os valores relativos a emendas parlamentares que oneraram as ações referidas explicitamente às CTs em cartilhas sobre emendas orçamentárias publicadas pelo Ministério da Justiça, além de valores de empenho direto a CTs (colhidos quando o nome de uma CT era mencionado textualmente no localizador da ação).

Os dados foram registrados em planilha eletrônica nos valores específicos de cada ano e atualizados para valores em Reais de 2019, pela aplicação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o que permite compará-los. Os valores também foram corrigidos pela cotação do Dólar americano (comercial - venda) ao final de cada ano estudado, possibilitando também a comparação entre os valores da série.

Estimando os gastos do FNS com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas

Atualmente seis ações funcionais programáticas do FNS estão relacionadas a ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, que fazem parte do MAC, o primeiro componente do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade: a) Ação 8585 - Atenção à Saúde da

³⁵ Orçamentos Fiscal e de Seguridade Social da Unidade Orçamentária: 30912 - Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD.

³⁶ Sempre que, para esta pesquisa, foram consultados os gastos de ações programáticas no Painel do Orçamento Federal, optou-se por trabalhar com valores empenhados, isto é, reservados formalmente na dotação orçamentária federal para eventual pagamento, pendente ou não de alguma condição. Essa decisão metodológica deve-se, primeiramente, às dificuldades de se trabalhar em série histórica anual com valores executados – muitas vezes um gasto autorizado e empenhado hoje pode ser pago apenas em outro exercício, tornando complexa a recomposição do percurso do dinheiro. Por outro lado, os valores empenhados eram os que mais se aproximavam de certa expectativa de gastos criada pela dotação orçamentária das ações nos anos estudados – muitas vezes os valores executados na ação eram tão abaixo do esperado que geravam uma sensação de erro a ser elucidado por outra metodologia de pesquisa.

³⁷ Funcional Programática 8236 (Apoio a Projetos de Interesse do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas), 20EV (Enfrentamento ao Crack e outras Drogas Nacional, Plano Orçamentário 0001), 20IE (Política Pública sobre Drogas, Plano Orçamentário 0006) e 20R9 - Prevenção de Uso e/ou Abuso de Drogas, Plano Orçamentário 0008).

³⁸ Os programas dos planos plurianuais relacionados à chamada gestão transversal da Política Nacional sobre Drogas e ao FUNAD receberam nomes, e às vezes números, diversos ao longo da série histórica estudada. São eles: no PPA 2015-2019, Programa 2085 - Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social; no PPA 2012-2015, Programa 2060 - Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas; e no PPA 2008-2011, Programa 0665 Gestão da Política Nacional Sobre Drogas.

³⁹ Edital de Chamamento Público nº 1/2012 (publicado no DOU nº 216, de 08/11/12, Seção 3), Edital de Chamamento Público nº 1/2013 (publicado no DOU nº 153, de 09/08/13, Seção 3), Edital de Chamamento Público nº 7/2014 (publicado no DOU nº 124, de 02/07/2014, Seção 3) e Edital de Chamamento Público nº 1/2018 (publicado no DOU nº 79, de 25/04/2018, Seção 3). O Edital de Chamamento Público nº 17/2019, da SENAPRED, não foi estudado por ter efeitos financeiros a partir de 2020.

População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade⁴⁰, que, dividida em dois Planos Orçamentários, financia o custeio mensal dos CAPS, dos SRT e as recentes Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (PO 000F), além de financiar o incentivo de custeio específico para os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPSad III), Unidades de Acolhimento e incentivo de custeio de implantação de Serviços Hospitalares de Referência - SHR (PO 0002); b) Ação 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde⁴¹, que financia incentivos de construção de CAPS e Unidades de Acolhimento e incentivos de implantação de SHR; c) Ação 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental, para convênios e eventos; d) Ação 20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental, que financia os incentivos de implantação de SRT, CAPSad III e Unidades de Acolhimento e Incentivo de Reabilitação Psicossocial; e) Ação 20AI - Auxílio reabilitação psicossocial de egressos de longas internações psiquiátricas, que financia o Programa de Volta para Casa; e f) Ação 20AD, que desde 2013 financia o Consultório na Rua⁴². Os valores empenhados em todas essas ações foram obtidos para os anos entre 2014 e 2019 no Painel do Orçamento Federal, com algumas exceções⁴³.

Para os anos entre 2014 e 2019, também foram colhidos os dados referentes a recursos do FAEC (segundo componente do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade), os quais são transferidos aos fundos dos estados, dos municípios e do Distrito Federal mediante comprovação da execução de procedimentos selecionados. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares do FAEC, obtidos do Sistema de Informações em Saúde TABNET/DATASUS⁴⁴, foram escolhidos por estarem associados, de

⁴⁰ Planos orçamentários 0002 (Crack, é Possível Vencer) e Plano orçamentário 000F (Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/CAPS).

⁴¹ Planos Orçamentários 0009 - Crack, é Possível Vencer, de 2014 a 2016, e 000B - Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/CRACK), de 2019.

⁴² Tatiana Simões, “Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso, Saúde em Debate”, *Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*, vol. 41, no. 114 (Rio de Janeiro, 2017): ISNN 0103-1104. As ações do campo da saúde mental, álcool e outras drogas ficaram diminuídas quanto ao Consultório na Rua com a integração dos consultórios às equipes de Atenção Básica (AB) em 2011. Ainda que a articulação dos consultórios com os dispositivos da RAPS seja desafiadora, o uso da redução de danos nos consultórios é comum, o que os faz fundamentais para o acesso do usuário à atenção básica. Para este estudo, considerou-se que tais dispositivos continuam fazendo parte do campo da saúde mental. A Portaria MS nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do SUS, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, define o Consultório na Rua como uma equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, incluídas as demandas relativas à saúde mental.

⁴³ Por não constarem do Painel do Orçamento Federal nem tampouco dos anexos financeiros dos relatórios anuais do Plano Plurianual 2016-2019: (i) os gastos da Ação 8585 para os anos de 2018 e 2019 foram estimados por meio das informações disponíveis no Sistema de Controle de Limite Financeiro da Alta e Média Complexidade (SISMAC); (ii) os gastos da Ação 20AD foram estimados para os anos de 2018 e 2019 a partir do incremento do número de Consultórios na Rua implantados entre 2017 e 2019 (segundo dados dos relatórios anuais do Plano Plurianual 2016-2019); (iii) os gastos da Ação 20B0 para 2019 foram estimados como sendo os mesmos de 2018 (representando menos de 1% do total de gastos do FNS, a série histórica mostrava queda do valor desde 2017); e (iv) os gastos da Ação 6233 para os anos de 2018 e 2019 foram estimados como sendo os mesmos de 2017 (representando 0,1% dos gastos do FNS, a série histórica revelava queda do valor desde 2015).

⁴⁴ Sistema de Informações em Saúde TABNET/DATASUS, <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

diversas formas, ao campo da saúde mental⁴⁵. Alguns deles, embora extintos, ainda apresentaram gastos residuais.

Quadro 1. Componentes dos gastos do FNS com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas – 2010-2019.

Bloco Média e Alta Complexidade	MAC	Ação 8585
		Ação 8535
		Ação 6233
		Ação 20B0
		Ação 20AI
		Ação 20AD
FAEC	SIH	Procedimentos hospitalares Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
	SIA	Procedimentos ambulatoriais Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
Bloco Assistência Farmacêutica	Componente Especializado	Medicamentos Saúde Mental
	Componente Básico	

⁴⁵ Ambulatoriais: 0211100013 Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico, 0301070040 Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação, 0301070059 Acompanhamento Psicopedagógico de Paciente em Reabilitação, 0301070075 Atendimento / Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor, 0301010072 Consulta Médica em Atenção Especializada (Profissional - CBO: 06162 Médico Psiquiatra, 225133 Médico Psiquiatra, 223153 Médico Psiquiatra Médico Psicanalista Médico Psicoterapeuta), 0301070083 Atendimento em Oficina Terapêutica I Para Portador de Necessidades Especiais (por Oficina), 0301070091 Atendimento em Oficina Terapêutica II Para Portador de Necessidades Especiais (Por Oficina), 0301080046 Acompanhamento de Paciente em Saúde Mental (Residência Terapêutica), 0301040036 Terapia em Grupo, 0301080160 Atendimento em Psicoterapia de Grupo, 0301040044 Terapia Individual, 0301080178 Atendimento Individual em Psicoterapia. Hospitalares (Autorização de Internação Hospitalar – AIH): 0303170018 Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Psiquiatria, 0303170026 Tratamento Da Intoxicação Aguda em Usuários de Álcool e Outras Drogas, 0303170034 Tratamento da Síndrome de Abstinência do Álcool em Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção I, 0303170042 Tratamento de Dependência do Álcool em Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, 0303170050 Tratamento de Síndrome de Abstinência por Uso Prejudicial de Álcool e Drogas, 0303170069 Tratamento de Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substâncias Psicoativas, 0303170077 Tratamento em Psiquiatria (Classificação PT GM 251/02), 0303170085 Tratamento em Psiquiatria - em Hospital Geral (por dia), 0303170093 Tratamento em Psiquiatria (por dia), 0303170107 Tratamento em Psiquiatria em Hospital Dia, 0303170115 Tratamento a Pacientes que Fazem Uso de Cocaína e Derivados em Hospital de Referência para Atenção, 0303170123 Tratamento de Pacientes que Fazem Uso de Cocaína e Derivados com Comorbidade em Hospital de Referência, 0303170131 Tratamento Clínico em Saúde Mental em Situação de Risco Elevado de Suicídio, 0303170140 Tratamento Clínico para Contenção de Comportamento Desorganizado e/ou Disruptivo, 0303170158 Tratamento Clínico para Avaliação Diagnóstica e Adequação Terapêutica, Incluindo Necessidades, 0303170166 Tratamento Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool, 0303170174 Tratamento Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de “Crack”, 0303170182 Tratamento Clínico dos Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso das Demais Drogas, 0303170190 Tratamento em Psiquiatria de Curta Permanência por Dia (Permanência até 90 Dias), 0303170204 Tratamento em Psiquiatria por dia (com Duração Superior a 90 Dias de Internação ou Reinternação).

Para os anos de 2017 a 2019, foi necessário estimar os gastos federais com medicamentos específicos para saúde mental (gastos federais com o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, assim como com o Componente da Assistência Farmacêutica Básica). A informação do Sistema Hórus (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, implementado pelo SUS) não está disponível, a não ser para gestores municipais, estaduais e federais. Por tal razão, foram utilizados dados colhidos em outro trabalho⁴⁶ para os anos entre 2014 e 2016. Para os anos entre 2017 e 2019, os gastos federais com medicamentos foram estimados⁴⁷.

Para os anos de 2010 a 2013, foram utilizados os dados divulgados pela publicação “Saúde Mental em Dados”⁴⁸, por empregarem metodologia de coleta compatível com este estudo. Tal metodologia não considera gastos federais atrelados a decisões judiciais referentes ao campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Também aqui os dados de todos os anos foram registrados em planilha eletrônica e atualizados para valores em Reais de 2019, através da aplicação do IPCA, além de corrigidos pela cotação do Dólar americano (comercial - venda) ao final de cada ano estudado.

Gastos hospitalares versus gastos extra-hospitalares

Entre os gastos do FNS referentes ao FAEC, foram considerados como “hospitalares” todos os procedimentos assim denominados (AIH - Autorização de Internação Hospitalar), ao passo que foram considerados “extra-hospitalares” todos aqueles nomeados ambulatoriais. Uma exceção é o procedimento 0303170107 (Tratamento em Psiquiatria em Hospital Dia), que, por ter sido historicamente tratado como equipamento de transição para o cuidado comunitário, foi classificado entre os gastos extra-hospitalares (representa cerca de 0,3% do total dos gastos dos dois fundos no ano de 2019). Gastos com medicação são também considerados extra-hospitalares.

As seis ações funcionais programáticas do FNS que atualmente estão relacionadas a ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde foram, por sua vez, consideradas extra-hospitalares (Ações 8585, 8535, 6233, 20B0, 20AI e 20AD). Muito embora na Ação 8585 (PO 002) esteja incluído o custeio de Serviços Hospitalares de Referência e Unidades de Acolhimento, a separação desses montantes do total da ação, que também financia o custeio de CAPSad III, não é imediata. Portanto, há que se considerar que a estimativa dos gastos totais extra-hospitalares esteja ligeiramente superestimada. Os gastos do FUNAD com CTs foram considerados hospitalares⁴⁹.

⁴⁶ Oliveira, “Gastos da política de saúde mental”.

⁴⁷ Representando cerca de 15% dos gastos totais do FNS, a série histórica apresentava queda desde 2014 (vários medicamentos passaram a ser comprados por valores mais baixos). Considerou-se o apurado para 2016 como o valor de referência para os anos entre 2017 e 2019. A informação foi solicitada ao Governo Federal/Ministério da Saúde através da Lei de Acesso à Informação em 30/09/2020. A resposta obtida em 02/10/2020, no entanto, foi incompleta.

⁴⁸ O “Saúde Mental em Dados” foi publicado apenas em formato eletrônico pelo Ministério da Saúde/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Coordenação Nacional de Saúde Mental entre os anos de 2006 a 2015, tendo recebido 12 edições. Última edição disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>

⁴⁹ Grosso modo, é o isolamento do mundo externo somado à hospitalidade de longa permanência – práticas típicas das CTs – que as aproximam aqui da categoria “hospitalar”. Outras práticas (limitar meios de comunicação com o mundo externo, entre outras), tais como as constatadas pelo Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades

RESULTADOS

Os gastos federais do FUNAD com as CTs variam de acordo com a presença ou a ausência de um edital de chamamento público de financiamento publicado no ano estudado e os montantes alocados por meio de convênios e repasses diretos para essas instituições, por indicação de emendas parlamentares. Há dois picos de gastos, um em 2014 e outro em 2018. Ainda assim, não seria apropriado afirmar que os gastos crescem ou decrescem ao longo da série histórica apresentada em reais de 2019, sendo tais gastos significativamente oscilantes (ver Tabela 1⁵⁰). O mais relevante a se considerar talvez seja que em todos os anos estudados foram transferidos recursos federais para essas entidades, havendo recurso disponível no FUNAD para tanto, além do fato de que a transferência de recursos depende mais diretamente da ação do gestor federal do fundo e dos respectivos critérios que tal gestor estabelece.

Tabela 1. Gastos federais^a (FUNAD) com CTs, 2010-2019.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
em reais	7,61	14,27	15,61	82,76	104,79	95,09	71,55	68,47	119,58	70,41
em reais de 2019	12,86	22,78	23,40	117,19	140,10	119,48	81,24	73,13	124,06	70,41
em dólar dos EUA	4,57	7,61	7,64	35,33	39,45	24,35	21,96	20,70	30,86	17,47

^a em milhões

Fontes: Painel do Orçamento Federal; IBGE (variação anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, IPCA); Banco Central do Brasil – Olinda, Plataforma de Serviços de Dados Ágil (cotação do dólar comercial venda no último dia útil do ano).

Já os gastos federais totais do FNS com ações da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, mostrados na Tabela 2, apresentaram diminuição total real de 14,7% entre o ano de 2010 e o de 2019⁵¹, com redução constante de gastos nas ações hospitalares (e estabilização ao final do período) e oscilação nos gastos extra-hospitalares. A diminuição dos gastos hospitalares (de 64,7% entre 2010 e 2019⁵²) é esperada, já que é parte da política do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS a redução programada e pactuada de leitos de psiquiatria em hospitais, a partir sobretudo de leitos de má qualidade assistencial (aferida pelo Programa Nacional de Avaliação Hospitalar/Psiquiatria) em hospitais de grande porte⁵³.

Terapêuticas (CFP, 2018), são, por sua vez, consideradas pela Lei nº 10.216/2001 como asilares – distantes do exigido para serviços de saúde mental de base comunitária.

⁵⁰ Todas as tabelas e gráficos foram elaborados pela autora com base nas fontes indicadas.

⁵¹ Muito embora a série histórica em Reais mostre aumento de recursos extra-hospitalares entre 2010 e 2011 (aumento de cerca de 1%), a série de 2019 corrige o dado, mostrando decréscimo no mesmo período. A inflação de cerca de 6% entre tais anos é a responsável por essa diferença.

⁵² Para fins de comparabilidade da análise, todas as observações de variação são feitas com base nos valores em Reais de 2019, os quais foram obtidos pela atualização dos valores individuais em cada ano pela aplicação do IPCA, fornecido pelo IBGE, conforme esclarecido na metodologia.

⁵³ Para mais informações, ver Portaria nº 52/2004; Portaria nº 2.644/2009 e Portaria nº 404/2019, todas do Ministério da Saúde.

Na série de recursos extra-hospitalares, contudo, há aumento de 22,6% nos recursos entre 2010 e 2015 e queda em 2016, seguida de estabilização de despesas até 2019 (quando os anos de 2010 e 2019 são comparados, os gastos extra-hospitalares crescem 6,3%). Note-se que o crescimento dos gastos extra-hospitalares entre 2010 e 2015 ocorre num período em que há reajuste nos valores do Programa de Volta para Casa⁵⁴, aumento nos valores de custeio para os CAPS⁵⁵ e Residências Terapêuticas⁵⁶, além da instituição de outros incentivos para a RAPS. Nos anos entre 2016 e 2019, os gastos extra-hospitalares, que antes tendiam a crescer, ficam praticamente constantes, após uma importante queda; neste mesmo período, os gastos hospitalares, que antes tendiam a decrescer, passam a ficar relativamente estáveis⁵⁷.

Tabela 2. Gastos Federais^a (FNS) com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Brasil, 2010-2019.

Tipo de gasto		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Extra-hospitalar	em reais	1.277,49	1.291,09	1.691,32	1.822,44	1.927,85	2.107,82	2.018,02	2.126,13	2.211,13	2.294,79
	em reais de 2019	2.159,49	2.060,68	2.534,73	2.580,53	2.577,47	2.648,32	2.291,04	2.270,93	2.294,05	2.294,79
	em dólar dos EUA	766,71	688,29	827,66	777,96	725,79	539,80	619,20	642,72	570,64	569,33
Hospitalar	em reais	537,96	525,17	496,14	472,99	406,69	362,40	320,17	289,94	306,17	321,00
	em reais de 2019	909,38	838,21	743,55	669,74	543,72	455,33	363,48	309,69	317,65	321,00
	em dólar dos EUA	322,87	279,97	242,79	201,91	153,11	92,81	98,24	87,65	79,02	79,64
Total	em reais de 2019	3.068,87	2.898,90	3.278,28	3.250,27	3.121,19	3.103,65	2.654,52	2.580,62	2.611,70	2.615,80

^a em milhões

Fontes: de 2010 a 2013, Saúde Mental em Dados; de 2014 a 2019: DATASUS/TABNET, Sistema de controle de limite financeiro da alta e média complexidade (SISMAC); Painel do Orçamento Federal.

Quando se faz o exercício de somar os gastos do FUNAD com as CTs aos gastos do FNS com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas (dividindo ainda os gastos entre ações hospitalares e extra-hospitalares e classificando os gastos com as CTs como gastos hospitalares) verifica-se que o ano de 2016 inaugura um período de relativa estabilização dos gastos com ações hospitalares e extra-hospitalares (Gráfico 1).

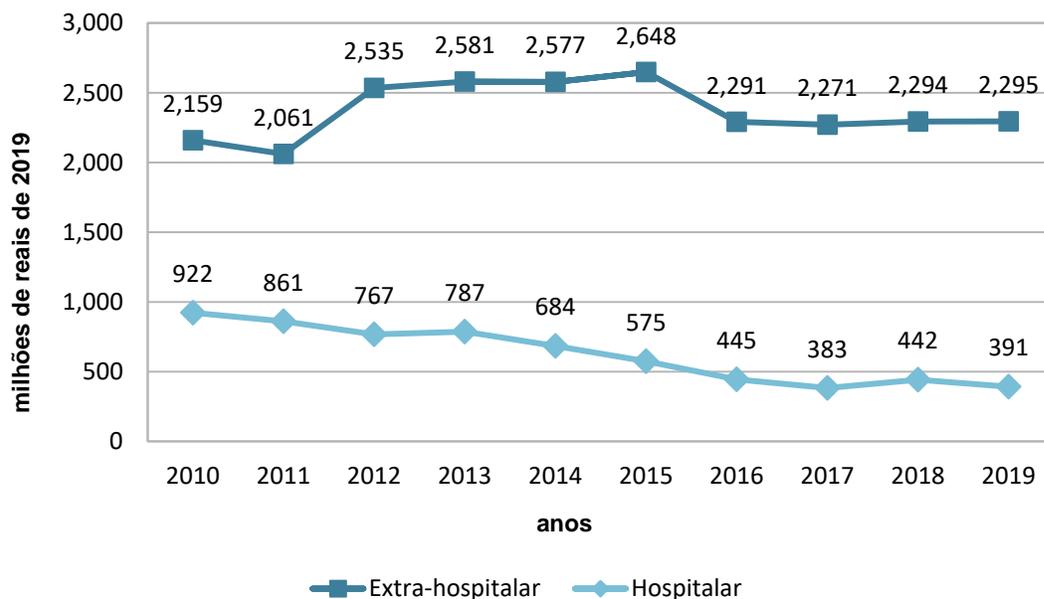
⁵⁴ Portaria nº 1.511/2013 do Ministério da Saúde.

⁵⁵ Portaria nº 3.089/2011 do Ministério da Saúde.

⁵⁶ Portaria nº 3.090/2011 do Ministério da Saúde.

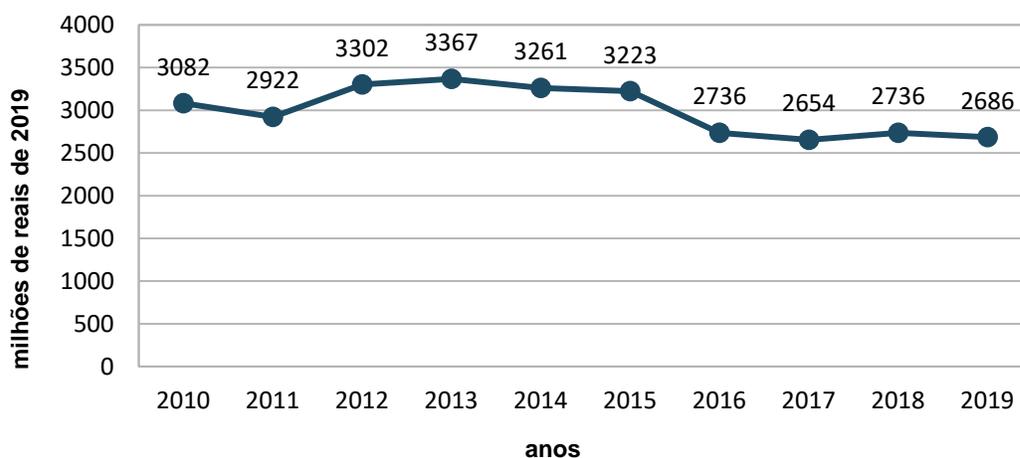
⁵⁷ Uma eventual análise da variação dos valores corrigidos pelo Dólar americano exige atenção a períodos de grande desvalorização da moeda brasileira (os anos de 2019 e 2015, nessa ordem, são os de maior desvalorização do Real).

Gráfico 1. Gastos totais* do FNS com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas somados aos gastos do FUNAD com CTs: gastos extra-hospitalares e hospitalares. Brasil, 2010-2019.**



*em milhões de Reais de 2019 | ** os gastos do FUNAD com CTs são considerados hospitalares.

Gráfico 2. Gastos totais* do FNS com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas somados aos gastos do FUNAD com comunidades terapêuticas. Brasil, 2010-2019.**



*em milhões de Reais de 2019 | ** os gastos do FUNAD com CTs são considerados hospitalares.

Ao se comparar os valores aportados pelo FUNAD às CTs com a estimativa dos gastos do FNS apenas com o custeio de CAPSad e CAPSad III em 2019 (cerca de R\$292,500.00⁵⁸), tem-se que os gastos do

⁵⁸ Valor aproximado. A análise da Ação Programática 8585 e de seus Planos Orçamentários 0002 (Crack é Possível Vencer) e 000F (Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/CAPS) não permite separação imediata de gastos com equipamentos específicos.

FUNAD com CTs correspondem hoje a aproximadamente 24% dos gastos do FNS com o custeio da rede CAPS especializada em álcool e outras drogas (CAPSad e CAPSad III).

A queda de gastos extra-hospitalares do FNS a partir de 2016 não pode ser explicada apenas pela perda de valor da moeda brasileira pela inflação. No período entre 2016 e 2019 há, de fato, baixo incremento do número de CAPS financiados pelo Ministério da Saúde⁵⁹, havendo também uma interrupção temporária de financiamento de serviços de base comunitária⁶⁰ e um aumento expressivo no valor de diárias hospitalares⁶¹.

DISCUSSÃO

Até aqui estimaram-se os gastos federais com CTs e coletaram-se elementos para compreender seu porte e suas características. Para tanto, foram estimados também os gastos federais com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Pôde-se inferir nesse percurso, com base nos dados analisados, que os gastos do FUNAD com as CTs não têm origem no setor saúde e são relacionados ao lançamento eventual de editais de chamamento público (que têm sido mais frequentes desde 2014) ou a emendas parlamentares.

Quando se somam (em série histórica, considerando valores atualizados em 2019) os gastos do FUNAD com as CTs aos gastos do FNS com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas – como parte da categoria virtual *gastos federais totais* –, depreende-se que os valores obtidos colaboram para a estabilização da categoria gastos hospitalares nos últimos anos da série, mas não de forma decisiva. A tendência de estabilização dos gastos hospitalares parece dever-se antes à política recente (a partir de 2017), do setor da saúde, de recomposição das diárias hospitalares em psiquiatria, conforme dados mencionados anteriormente.

Ao se estimar os gastos do FNS em 2019 apenas com o custeio de CAPSad e CAPSad III, comparando-os aos gastos do FUNAD com CTs no mesmo ano, nota-se que estes últimos representam aproximadamente 24% dos gastos do Ministério da Saúde com o custeio da rede de CAPS voltados para a problemática de álcool e outras drogas.

A série histórica de gastos do FNS com ações e programas de saúde mental, álcool e outras drogas, por seu turno, indica tendências preocupantes: por um lado, queda e estabilização de gastos extra-hospitalares a partir do ano de 2016; por outro, estabilização de gastos hospitalares. Os recursos da saúde para os serviços de base comunitária no campo da saúde mental, álcool e outras drogas não têm aumentado nos últimos anos, verificando-se perda importante de recursos entre os anos de 2015 e 2016. É nesse contexto que o governo federal tem financiado as CTs.

⁵⁹ Cruz, Gonçalves e Delgado, “Retrocesso da reforma psiquiátrica”.

⁶⁰ A Portaria nº 3.659/2018 do Ministério da Saúde suspendeu o repasse financeiro para setenta e dois CAPS, cento e noventa e quatro SRTs, trinta e uma Unidades de Acolhimento e vinte dois Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Tal portaria foi revogada posteriormente pela Portaria nº 2.387/2019, do mesmo ministério.

⁶¹ A Portaria nº 3588/2017 do Ministério da Saúde aumentou o valor da diária de internações psiquiátricas em cerca de 60%.

Em outro momento⁶², foi possível estabelecer que não houve perda de recursos federais para a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas entre 2001 e 2009, período em que ocorreu um redirecionamento da assistência em saúde mental no Brasil, a partir da Lei nº 10.216/2001 (a Lei da Reforma Psiquiátrica). Pelo contrário, houve crescimento real (de 51,3%) dos recursos investidos em saúde mental, ainda que em um cenário geral de subfinanciamento⁶³ do SUS. O presente estudo revela que, no período subsequente (de 2010 a 2019), houve queda de 14,7% e estabilização de gastos do FNS com saúde mental, álcool e outras drogas, em especial a partir do ano de 2016, momento em que se aprofundaram ainda mais as restrições orçamentárias para o SUS em razão da promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que restringiu os investimentos sociais no país por vinte anos.

É nesse contexto que se deve ler o financiamento público federal de CTs. O governo federal aloca recursos públicos, oriundos do FUNAD, em um modelo de tratamento que se pauta em isolamento e possível institucionalização, enquanto os gastos com cuidados de base comunitária para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS se estabilizam em um patamar mais baixo, em um quadro de grande contingenciamento de recursos para a área da saúde. Simultaneamente, há imensa pressão para que o SUS também possa, por si mesmo, com recursos do FNS, financiar as CTs.

Até o presente momento, o campo da saúde mental, álcool e outras drogas tem conseguido impedir o financiamento das CTs a partir do FNS/SUS – em observância às deliberações de todas as Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas nos anos de 1988, 1992, 2002 e 2010. Em contrapartida, observa-se a consolidação do financiamento de CTs com recursos do FUNAD (sendo o financiamento público municipal e estadual de CTs um fato também já constatado). Os dados aqui apresentados permitem verificar a perda de recursos e a recente estabilização dos gastos federais do FNS/SUS com políticas públicas em saúde mental, ao mesmo tempo em que evidenciam a consolidação do financiamento de CTs através do FUNAD.

⁶² Gonçalves, Vieira e Delgado. “Política de Saúde Mental no Brasil”.

⁶³ Tesouro, https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:28265. A despesa pública em saúde pública no Brasil é historicamente inferior ao volume de recursos empregados em países que têm sistemas de saúde universais (como Reino Unido e Suécia, por exemplo). Essa diferença entre o que é idealmente necessário para o SUS e o que é efetivamente gasto no sistema vem sendo chamada de “desfinanciamento” ou “subfinanciamento” do SUS pelo campo da saúde pública desde a sua implantação. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda que os investimentos em saúde pública representem 6% do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Em 2009, o Brasil gastava apenas 3,4% do seu PIB em saúde pública. Em 2015, esses gastos eram da ordem de 3,8% do PIB. Brasil, Tesouro Nacional. *Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil* (Brasília: Tesouro Nacional, 2015).

A FISCALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL E SUAS IMPLICAÇÕES PRÁTICAS: O CASO DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE BRASILEIRO

JARDEL FISCHER LOECK¹

Nas duas primeiras décadas do século XXI, observam-se, no Brasil, movimentações no campo das políticas públicas relacionadas às medidas terapêuticas para pessoas com transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas². Se a partir do ano de 2001, com a Lei da Reforma Psiquiátrica³, e pouco tempo depois, em 2003, com a promulgação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas⁴, verificava-se um direcionamento das políticas públicas do setor em favor do tratamento de base comunitária, sem internação de longa duração como medida preferencial, o que se infere a partir de 2010 é um gradual redirecionamento no sentido oposto⁵.

Desde então, as comunidades terapêuticas (CTs) brasileiras passaram a receber financiamento público da esfera federal⁶ e também a integrar a rede pública de atenção em saúde para usuários de drogas, prevista em políticas públicas oficiais – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁷. Esse movimento ganha mais força e substância a partir de 2016. Nos últimos anos, ocorreram mudanças normativas e no desenho de políticas públicas sobre drogas e saúde mental, tendo como consequências, dentre outras: as internações psiquiátricas, em geral, voltam a ser procedimento corriqueiro para tratar o sofrimento

¹ Bacharel em Ciências Sociais. Mestre e Doutor em Antropologia Social. Pesquisador de pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

² Não há uma única e definitiva definição para esses transtornos. Os principais manuais diagnósticos da medicina clínica (CID-11) e da psiquiatria (DSM-V) contam com definições particulares do que seja o uso problemático ou nocivo de substâncias psicoativas. Aqui, com o objetivo de contornar as categorias diagnósticas, consideram-se as pessoas cujo uso de substâncias psicoativas passa a se associar a danos, sejam físicos, psicológicos, sociais, dentre outros, e cujas trajetórias de vida convergem com processos terapêuticos para tratar desses danos.

³ Lei nº 10.216/2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

⁴ Ministério da Saúde, “A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas” (Brasília: Ministério da Saúde, 2004).

⁵ As marcações temporais são usadas para fins de contextualização. Esses movimentos, se analisados com profundidade, apresentam elementos heterogêneos e também idas e vindas. O ano de 2010 é comumente utilizado como uma referência pelo lançamento do programa federal “Crack, é possível vencer”, que delinea o início de algumas dessas mudanças. Para mais detalhes sobre a evolução normativa ao longo dos anos, ver o artigo de Noelle Coelho Resende, nesta série.

⁶ Há registro de parcerias entre CTs e administrações municipais e estaduais, em diferentes locais do Brasil, antes desse período. Sugere-se considerar essas parcerias não como um tipo de integração sistemática, mas simplesmente como arranjos pontuais.

⁷ Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [...], cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

mental⁸; e as CTs passam a ser consideradas, no contexto das políticas públicas, como uma opção terapêutica de destaque para usuários de substâncias psicoativas que desenvolvem transtornos associados a tal uso⁹.

Outro marco importante para contextualizar a presente pesquisa ocorre em 2011 – a edição da Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a RDC nº 29/2011¹⁰, que atualmente “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”. Com o advento do acesso a financiamento público federal, a emissão de alvará sanitário para CTs passa a ser um importante instrumento de legitimação e institucionalização dessas entidades junto ao Estado, uma vez que passa a ser exigência para seu credenciamento, juntamente com o cumprimento de uma série de requisitos específicos previstos em editais federais, estaduais ou municipais.

Os processos formais e normativos envolvendo a vigilância sanitária e as CTs são o objeto de análise do presente artigo, que também busca examinar as ações práticas de vigilância sanitária no âmbito municipal, dando especial atenção para o que está sendo feito, por quem e de que maneira. Busca-se, assim, compreender o papel da vigilância sanitária no processo de fiscalização e institucionalização das CTs como um modo de tratamento para os transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas. Para essa finalidade, o artigo se baseia em pesquisa empírica qualitativa, com o uso de diversas fontes de dados (documentos, legislações, bibliografia especializada e entrevistas com trabalhadores de órgãos da vigilância sanitária municipal). Verifica-se, ao final, que devido à maneira com que a fiscalização das CTs está organizada hoje, importantes lacunas regulatórias e fiscalizatórias se apresentam, de certa forma abrindo espaço para que instituições precárias em muitos sentidos continuem surgindo e funcionando fora do alcance regulatório do Estado.

Inicialmente, são apresentadas algumas considerações sobre os aspectos teórico-metodológicos da pesquisa, problematizando o papel da vigilância sanitária como um instrumento da burocracia do Estado e apontando como a antropologia pode ajudar a compreender esse tipo de fenômeno. Em seguida, apresenta-se uma contextualização da vigilância sanitária em suas atribuições no Brasil, abordando-se brevemente os diferentes instrumentos normativos que, nos últimos anos, têm regulado as CTs. Por fim, aborda-se de maneira mais detalhada o processo de inspeção da vigilância sanitária em seu nível municipal e suas implicações, aprofundando a análise dos dados produzidos nas entrevistas realizadas. Essa discussão aponta para constatações importantes, sendo a principal delas um grande número de entidades à margem da regulação.

⁸ Fernando Sérgio Pereira de Sousa e Maria Salette Bessa Jorge, “O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental”, *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 17, no. 1 (2019): 1-19, <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>.

⁹ Nelson Falcão de Oliveira Cruz, Renata Weber Gonçalves e Pedro Gabriel Godinho Delgado, “Retropasso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019”, *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 18, no. 3 (2020): 1-20, <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

¹⁰ RDC nº 29/2011 da ANVISA.

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A presente pesquisa fundamenta-se em metodologias qualitativas de produção e análise de dados^{11,12}, com utilização de diversas fontes de dados, a saber: pesquisa documental, material didático de um curso de Boas Práticas em Fiscalização de CTs destinado a profissionais da vigilância sanitária¹³ e entrevistas realizadas com trabalhadores da vigilância sanitária de um município brasileiro de grande porte, todos com experiência na inspeção de CTs¹⁴.

No que diz respeito à pesquisa bibliográfica e documental, considerou-se a legislação existente sobre CTs, bem como normativas anteriores, que orientam os processos de inspeção e emissão de alvarás para CTs pela vigilância sanitária. Em relação ao material do referido curso de Boas Práticas, este serviu de apoio para a interpretação das normas vigentes e também como referencial sobre o que se pretende, em termos ideais, com uma inspeção sanitária em uma CT. Ademais, com a realização de entrevistas em profundidade, buscou-se apreender relatos sobre as práticas dos profissionais da vigilância sanitária de um município de grande porte, focando em suas rotinas de trabalho e situações vivenciadas no exercício de sua competência como fiscal sanitário. O olhar para a experiência de indivíduos no exercício de suas funções não apenas complementa, mas dá densidade empírica à reflexão, apontando muitas vezes situações que a mera análise documental não permitiria vislumbrar.

O aporte teórico que orienta a presente reflexão vem da antropologia, em específico dos debates em torno de fenômenos como as políticas públicas e a burocracia estatal, tal qual esta se faz presente na vida cotidiana. Consideram-se, aqui, as instâncias da vigilância sanitária como representantes do poder estatal, que devem fazer valer determinadas normativas relacionadas à prevenção de riscos à saúde da população que podem advir da circulação ou da disponibilização de bens e serviços em determinados estabelecimentos. Todavia, o interesse analítico em tais processos ultrapassa a simples constatação da existência de determinadas normas e a verificação de seu cumprimento.

¹¹ Uwe Flick, *Desenho da pesquisa qualitativa* (Porto Alegre: Artmed, 2009).

¹² Jean Poupart, Jean-Pierre Deslauriers, Lionel-H. Groulx, Anne Laperrière, Robert Mayer e Álvaro P. Pires, *A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (Petrópolis: Vozes, 2012).

¹³ Hospital Moinhos de Vento – Educação e Pesquisa, “Inspeção em Comunidades Terapêuticas”, acessado em 16 de fevereiro de 2021, <https://edx.hospitalmoinhos.org.br/course/inspecao-em-comunidades-terapeuticas> Trata-se de curso do Projeto EAD ANVISA Boas Práticas, que oferece diversos cursos gratuitos, decorrentes da parceria da ANVISA com o Hospital Moinhos de Vento, e financiado pelo Ministério da Saúde. A primeira oferta de um curso focado em CTs ocorreu em maio de 2020, com o seguinte propósito: “O principal objetivo deste curso é capacitar os profissionais das vigilâncias sanitárias (VISA) para realizar ações sanitárias em comunidades terapêuticas, visando à segurança do residente. Durante o curso, você será orientado a identificar as principais situações que podem aparecer nas inspeções e os aspectos que não podem ser esquecidos. Espera-se que este curso auxilie a equipe na tomada de decisão durante as inspeções realizadas. Público-alvo: Profissionais de VISA, profissionais de serviços de saúde mental e atores parceiros”.

¹⁴ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS, universidade à qual o autor está vinculado, e também pelo CEP do município em que foi realizada a pesquisa. As entrevistas abertas, guiadas por um roteiro semiestruturado, foram realizadas em novembro de 2020 através de chamadas de áudio ou vídeo. Todos os participantes declararam concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa antes da realização das entrevistas. O material foi gravado e posteriormente transcrito para fins de análise. Há, como de praxe, o compromisso com o anonimato dos participantes.

Alguns autores chamam a atenção para a proliferação das “políticas” (*policy*) no discurso da vida cotidiana. Tanto no mundo corporativo, empresarial, quanto no governamental, as “políticas” acabam sendo representadas como princípios norteadores para a ação, com um tipo de racionalidade particular. As ciências sociais, em especial a antropologia, segundo esses autores, nos ajudam a relativizar tais assertivas e também a observar os efeitos políticos dessas declarações a respeito da realidade: “uma abordagem antropológica tenta desvelar a constelação de atores, atividades e influências que moldam as decisões das políticas e de sua implementação, seus efeitos, e como se desenrolam”¹⁵.

Mendes de Miranda¹⁶, ao refletir sobre a burocracia estatal contemporânea como um campo de estudo para a antropologia, resalta o fato de que, em conjunto com a implementação de um aparelho estatal, uma cultura jurídica também se forma, e que tal cultura, além do aparato normativo, contribuirá para a expressão e a resolução de conflitos. A autora vai além, ao apontar para a riqueza de se atentar para as ações dos funcionários públicos, representantes do aparelho estatal – enfoque que já fora proposto por Lipsky, em 1980¹⁷. Suas ações, possivelmente, podem expressar conflitos, incoerências, o que permite não adotar como um pressuposto a homogeneidade do Estado moderno, tampouco sua primazia frente a outros atores sociais. A partir de Marc Abelés, Mendes de Miranda ainda sugere que “trata-se, portanto, de empreender uma outra estratégia: entender a pluralidade de papéis que o Estado, e suas diferentes formas de governo, tem desempenhado como práticas sociais”¹⁸.

Bierschenk e de Sardan, ao tratar da abordagem etnográfica das burocracias, afirmam que “deve[-se] levar em consideração a dupla face da burocracia, como uma forma de dominação e opressão, assim como de proteção e liberação, e toda a ambivalência que isso implica”¹⁹. O ponto de vista dos atores é valorizado aqui, sejam eles os próprios burocratas (representantes do Estado), sejam os “clientes” do aparelho estatal. Nas suas palavras, “um estudo etnográfico das burocracias que foque nos atores e práticas [...] irá necessariamente destacar as burocracias como campos sociais heterogêneos de conflito e assim desconstrói formas demasiado coerentes da ideia de burocracia”²⁰. Outra questão importante levantada por esses autores, e que toca à presente pesquisa, é que “a rica literatura sobre profissionais da saúde é quase sempre imersa em uma perspectiva da saúde pública [...] e não é ligada a uma antropologia (ou sociologia) das instituições públicas do estado”²¹.

Didier Fassin também aposta em uma teoria do Estado construída empiricamente, que leva em consideração a diversidade de racionalidades que pode existir em seu interior: “o estado, nós acreditamos, é o que seus agentes fazem sob as múltiplas influências das políticas que eles implementam, os hábitos que eles desenvolvem, as iniciativas que tomam, e as respostas que recebem

¹⁵ Janine R. Wedel, Chris Shore, Gregory Feldman e Stacy Lathrop, “Toward an Anthropology of Public Policy”, *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 600, no. 1 (2005): 39, <https://doi.org/10.1177/0002716205276734>.

¹⁶ Ana Paula Mendes de Miranda, “Antropologia, Estado Moderno e Poder: perspectivas e desafios de um campo em construção”, *Avá. Revista de Antropologia*, no. 7 (2005): 1-27, Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169021460008>.

¹⁷ Michael Lipsky, *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services* (New York: Russell Sage Foundation, 1980).

¹⁸ Mendes de Miranda, “Antropologia, Estado Moderno e Poder”, 11.

¹⁹ Thomas Bierschenk e Jean-Pierre Olivier de Sardan, “How to study bureaucracies ethnographically?”, *Critique of Anthropology* 39, no. 2 (2019): 244, <https://doi.org/10.1177%2F0308275X19842918>.

²⁰ Bierschenk e de Sardan, “How to study bureaucracies”, 251.

²¹ *Ibid.*, 252.

de seus públicos”²². O autor assinala para uma dimensão moral das instituições, a ser explorada empiricamente: “como as instituições avaliam e sentem, por assim dizer”²³. Para tanto, sugere que sejam salientados dois conceitos: *economia moral* e *subjetividade moral*, o primeiro “representando a produção, circulação, e apropriação de valores e afetos em relação a um dado problema social”, e o segundo “se referindo aos processos pelos quais indivíduos desenvolvem práticas éticas em suas relações consigo mesmo e com outros”²⁴. Esses conceitos ajudarão na compreensão dos dilemas enfrentados pelos interlocutores da pesquisa nas tomadas de decisão em seus cotidianos de trabalho.

Em suma, a ideia do presente artigo é examinar, sim, as normas, sua evolução e os parâmetros de sua aplicação – mas, em última instância, verificar especialmente os processos de sua aplicação junto às CTs, por uma equipe de vigilância sanitária municipal. Salienta-se o ponto de vista dos agentes fiscalizadores, das pessoas que estão, na prática, inspecionando esses locais. Tem-se em vista principalmente os processos múltiplos em ação, em que se fazem presentes uma legislação, uma instituição de fiscalização, funcionários utilizando na prática essa estrutura, e ainda as próprias CTs enquanto objeto de intervenção. Da perspectiva analítica, o interesse é pelos processos de inspeção em si, e não pelos que originaram as normas sanitárias ou as políticas públicas de saúde que passaram a incluir as CTs.

Serão utilizadas algumas das ponderações feitas durante as entrevistas para ilustrar determinados aspectos da discussão que é apresentada nas seções seguintes do artigo, em diálogo com a literatura e os documentos referentes à regulamentação e aos processos fiscalizatórios das CTs. O estudo foi desenvolvido em um município de grande porte do sul do Brasil, que conta, em sua Secretaria Municipal de Saúde, com uma Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde²⁵ de estrutura ampla – dividida em área ambiental, área epidemiológica e área sanitária, sendo que cada área possui equipes específicas para determinados temas. Na área sanitária, por exemplo, há equipes: de alimentos, de engenharia, de produtos de interesse à saúde e de vigilância de serviços de interesse à saúde²⁶. Os interlocutores da presente pesquisa foram os integrantes da equipe que inspeciona os “serviços de interesse à saúde”.

Em termos gerais, tais interlocutores foram unânimes em reconhecer que se trata de uma equipe reduzida para um amplo e crescente universo de atuação, uma vez que novas CTs têm surgido ao longo dos anos, demandando mais inspeção, e há também um campo de instituições irregulares também em crescimento, como será visto posteriormente. Ressaltaram ainda que, além das CTs, a equipe deve

²² Didier Fassin, “Can States be Moral? Preface to the English Edition”, in *At the Heart of the State: The Moral World of Institutions*, ed. Didier Fassin (London: Pluto Press, 2015), x.

²³ Didier Fassin, “Introduction: Governing Precarity”, in *At the Heart of the State: The Moral World of Institutions*, ed. Didier Fassin (London: Pluto Press, 2015), 8.

²⁴ Fassin, “Introduction”, 9.

²⁵ Fundação Oswaldo Cruz, “Vigilância em Saúde, Pense SUS”, acessado em 16 de fevereiro de 2021, <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>. “No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador”.

²⁶ Esta última é ainda dividida em serviços de alta (hospitais, laboratórios etc.), média (clínica de enfermagem, odontologia, fisioterapia etc.) e baixa complexidade (consultórios sem procedimentos, serviço de atenção domiciliar etc.), e ainda serviços de interesse à saúde (abrangendo salões de cabeleireiros, residenciais para idosos, CTs, estúdios de tatuagem etc.).

inspecionar também os outros serviços enquadrados como “serviços de interesse à saúde”. Ou seja, não há uma equipe exclusivamente focada nas referidas entidades, tampouco funcionários que tenham necessariamente formação ou vivência profissional no campo da atenção aos usuários de psicoativos.

O universo de entidades fiscalizadas por esses agentes da vigilância sanitária, estimado por eles próprios, é de oito CTs – cinco estão atualmente regulares, duas em processo de regularização e uma irregular, recentemente descoberta. Eles estimam ainda que existam pelo menos mais dez entidades irregulares²⁷ que também estariam no escopo dessa mesma equipe de trabalho. Essas entidades irregulares têm contribuído para a captura dos indivíduos considerados indesejáveis ou descartáveis nos meios urbanos, em processos de “fazer sumir os que conflitam com o projeto de cidade limpa, moderna e parceira da iniciativa privada”, como apontam Mallart et al.²⁸.

O advento da pandemia de COVID-19 impediu que um breve trabalho de campo etnográfico fosse realizado. Entretanto, a perspectiva da antropologia permanece como horizonte para a interpretação dos dados analisados e para a construção do argumento ora apresentado. Consideraram-se as experiências dos funcionários da vigilância sanitária, em específico no que diz respeito às inspeções de CTs. O olhar é para essas experiências efetivas, dentro de seu contexto institucional específico. O exame dos dados não pretende grandes generalizações, mas busca explorar analiticamente problemas concretos apontados pelos interlocutores.

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SUAS ATRIBUIÇÕES EM RELAÇÃO ÀS CTS

A vigilância sanitária do Brasil contemporâneo é baseada em um ordenamento jurídico cuja base vem da década de 1970²⁹, ainda que tal ordenamento tenha se modificado ao longo dos anos. Não havia àquela época, como há hoje, a conformação de um sistema nacional de vigilância sanitária, tampouco atribuições aos municípios nas atividades de fiscalização. Anteriormente, a divisão de atribuições se dava apenas entre as esferas estadual e federal e basicamente focava na vigilância de produtos, sendo que ao longo dos anos foi sendo introduzida também a fiscalização de serviços de interesse à saúde dentre suas atribuições.

Na esfera federal, a ANVISA foi criada em 1999, sendo-lhe atribuídas as atividades de vigilância sanitária, ao passo que à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), foram conferidas as ações das demais vigilâncias do país (vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis; vigilância ambiental; vigilância da saúde do trabalhador; análise da situação de saúde da população brasileira; Programa Nacional de Imunizações)³⁰. A partir de 1999 se inicia também o processo de descentralização das ações de vigilância, em decorrência do qual os municípios começaram a estruturar suas equipes para realizar as ações que lhe cabiam. Algumas

²⁷ As quais não se consegue enquadrar precisamente como CTs, mas que prestam serviços de acolhimento aproximados às CTs, ou ao público de CTs.

²⁸ Fábio Mallart, Marina Mattar, Taniele Rui e Vera Telles, “Fazer sumir: políticas de combate à Cracolândia”, *Le Monde Diplomatique Brasil*, 11 de julho de 2017, <https://diplomatique.org.br/fazer-sumir-politicas-de-combate-a-cracolandia/>.

²⁹ Lei nº 6.360/76, que “Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras providências”.

³⁰ José Agenor Alvares da Silva, Ediná Alves Costa e Geraldo Lucchese, “SUS 30 anos: Vigilância Sanitária”, *Ciência e Saúde Coletiva* 23, no. 6 (junho 2018): 1955-1956, <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>.

atividades, antes administradas e executadas pelos servidores da esfera federal e estadual, passaram a ser progressivamente assumidas pelos trabalhadores das vigilâncias sanitárias nas secretarias municipais de saúde, ainda que com problemas de financiamento e de distribuição de atribuições³¹.

Atualmente, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária organiza-se da seguinte forma: em nível federal, a ANVISA; em nível estadual, os vinte e sete órgãos de vigilância sanitária das secretarias estaduais de saúde; em nível municipal, os serviços de vigilância sanitária variam enormemente de acordo com especificidades estruturais, de recursos e de capacidade de operação³². Pode-se dizer que, em geral, os municípios maiores, com mais recursos financeiros, possuem mais estrutura e capacitação, especialmente de recursos humanos, para atuar.

Embora seja bastante comum se associar a vigilância sanitária exclusivamente aos processos de fiscalização e seu poder de polícia³³, não se deve limitar sua compreensão a tal função essencial. Como aponta Fonseca³⁴, a vigilância sanitária se orienta pelas mesmas diretrizes do SUS, que apontam para a articulação “[...] com outros setores da saúde, educação, direito, entre outros para a promoção da saúde”. Em outras palavras, em uma perspectiva de saúde concebida como um bem coletivo, conforme preconizada pelo SUS, as ações da vigilância sanitária cumprem importante papel na prevenção dos riscos à saúde coletiva.

Desse modo, para melhor compreensão das ações de fiscalização da vigilância sanitária, vários fatores devem ser considerados. As normas técnicas e administrativas, por exemplo, constituindo códigos de conduta, englobando direito e norma, são a baliza para os processos de fiscalização. Como apontam Costa e Rozenfeld³⁵, esse aparato normativo e fiscalizatório parte da verificação de situações com potencial de produzir riscos à saúde individual ou coletiva: produtos e sua fabricação e circulação; portos, aeroportos e fronteiras; prestação de serviços direta ou indiretamente relacionados à saúde; manejo de resíduos; consumo de recursos naturais e intervenções no meio ambiente; bem como riscos à saúde em ambientes de trabalho. As ações de controle e fiscalização são complementadas por outros recursos além da legislação e das normas técnicas, tais como “a comunicação e a educação sanitária, os sistemas de informação, o monitoramento da qualidade de produtos e serviços, a vigilância epidemiológica de eventos adversos, relacionados às condições de trabalho e do ambiente e ao consumo de tecnologias médicas, de água e de alimentos”³⁶.

Ou seja, além do poder de polícia administrativo, há o papel educativo da vigilância sanitária, o que é procedimento bastante comum no caso das CTs, como se verá adiante. A vigilância sanitária municipal contempla, assim, tanto o agente estatal que acompanha de maneira mais sistemática as CTs, com um

³¹ Da Silva, Costa e Lucchese, “SUS 30 anos”.

³² Marismary Horsth De Seta, Vera Lúcia Edais Pepe e Gisele O’Dwyer de Oliveira, ed., *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer* (Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006).

³³ É um poder de polícia no sentido administrativo, podendo multar, lavrar autos de infração e aplicar penalidades administrativas, mas não sanções de natureza penal, com encarceramento de pessoas. Na ocorrência de crimes, há que se acionar os entes policiais competentes.

³⁴ Emilio Prado Fonseca, “Novos Rumos Para a Pesquisa Em Vigilância Sanitária No Brasil”, *Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia* 1, no. 2 (2013): 25, <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/27>.

³⁵ Ediná Alves Costa e Suely Rozenfeld, “Constituição da vigilância sanitária no Brasil”, in *Fundamentos da Vigilância Sanitária*, ed. Suely Rozenfeld (Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000), 15-40.

³⁶ *Ibid.*, 18.

olhar de “polícia”, impondo sanções e punições, quanto aquele que educa, que auxilia no processo de aprimoramento desses locais e, portanto, promove sua aproximação e sua inclusão na própria malha estatal – a mão direita e a mão esquerda do Estado, nos termos de Bourdieu³⁷. Entretanto, atualmente o limite do alcance fiscalizatório sobre as CTs está imposto exatamente pela forma como essas entidades são classificadas juridicamente nos meandros da burocracia estatal. Como será abordado a seguir, as CTs são inspecionadas como “serviços de interesse para a saúde”, classificação esta que implica um processo de inspeção mais brando se comparado aos serviços de saúde em si.

AS NORMAS DE FISCALIZAÇÃO PARA AS CTs

As CTs têm como objetivo promover a transformação subjetiva-moral dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas segundo padrões considerados nocivos ou problemáticos. Nesses locais, considera-se essencial o cultivo da espiritualidade para aqueles que se submetem a tratamento, assim como a abstinência total do uso de qualquer substância psicoativa, como aponta o “Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras”³⁸. Outras características comuns observadas em tais instituições são: o isolamento social (seja em regiões rurais ou em centros urbanos) durante o período de acolhimento; o uso da convivência entre os pares como instrumento terapêutico; o cultivo da ordem e da disciplina no cotidiano; e o uso do trabalho (laborterapia) como instrumento terapêutico. “Trabalho, disciplina e espiritualidade” ou termos correlatos são usados pelas próprias CTs para definir o escopo da sua proposta terapêutica.

Geralmente supõe-se que tais entidades trabalham para um tipo de transformação moral-subjetiva guiada por princípios religiosos-espirituais, mas é importante notar a inserção cada vez maior de conceitos e práticas de natureza técnico-científica (biomédica) nessas instituições. Em muitas CTs, hoje, além das características comuns apontadas anteriormente, há elementos que indicam ambientes heterogêneos de características tanto religiosas-espirituais quanto técnico-científicas: o uso do discurso biomédico de doença; a presença de profissionais das áreas da saúde e da psicologia; o uso de terapias individuais e de grupo, com base na psicologia; o uso de medicações psiquiátricas³⁹. Em outra oportunidade, este autor sugeriu que, de certa forma, pecado e doença passam a se misturar nesses casos, o que traz relevantes implicações para todo o processo terapêutico⁴⁰.

Embora existam CTs em funcionamento no Brasil desde o final da década de 1960, não é antes do início do século XXI que as CTs têm sido submetidas a normas e regras de funcionamento. A norma que atualmente regula a fiscalização dessas instituições é a RDC nº 29/2011⁴¹ da ANVISA, que substituiu a RDC nº 101/2001, do mesmo ente. Dentre os requisitos exigidos nas fiscalizações e inspeções,

³⁷ Pierre Bourdieu, ed., *Sobre o Estado* (São Paulo: Companhia das Letras, 2014), 656.

³⁸ IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Brasília: IPEA, 2017), 25, https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf.

³⁹ IPEA, *Nota Técnica nº 21*, 21-22.

⁴⁰ Jardel Fischer Loeck, “Comunidades Terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018), 77-100.

⁴¹ Importante ressaltar que a RDC nº 29/2011 da ANVISA leva em consideração uma série de outras normas que não serão abordadas aqui por não serem pertinentes ao tema ora em análise. Ver estudo detalhado sobre essas normas no artigo de Noelle Resende, nesta série.

constantes de ambas as resoluções, destacam-se: a posse de licença (alvará) sanitária atualizada; um responsável técnico com nível superior no quadro de funcionários; recursos humanos compatíveis com o número de pessoas acolhidas; a capacitação dos profissionais; a organização do serviço; um programa terapêutico condizente com a estrutura física e de recursos humanos; os procedimentos de assistência; a relação com a rede pública de serviços de saúde; elementos de infraestrutura física; o respeito ao sigilo e ao anonimato dos acolhidos; os critérios de elegibilidade para admissão; e a administração de medicamentos.

Ao se comparar as duas resoluções da ANVISA acima referidas, observa-se que houve um abrandamento em alguns quesitos e exigências. Se a resolução mais antiga estabelecia a obrigação de um documento de que constasse o programa terapêutico, especificando atividades fixas com a respectiva frequência de realização, a atual RDC nº 29/2011 abandona o termo “programa terapêutico” e exige apenas o registro de atividades em ficha do residente, sem definir um rol fixo. Já quanto à exigência de um responsável técnico de nível superior para as instituições, também se verifica que houve um arrefecimento, uma vez que a RDC nº 101/2001 demandava um profissional de nível superior da área da saúde e a resolução atual exige formação de nível superior em qualquer área, o que fragiliza a abordagem de cuidado que as CTs se dispõem a oferecer.

O impacto mais significativo observado na comparação entre as duas normas apresenta-se na forma como as CTs passaram a ser classificadas no âmbito das inspeções sanitárias. Se na resolução anterior eram enquadradas como “estabelecimentos de assistência à saúde”, na atual resolução o enquadramento é de “estabelecimentos de interesse à saúde”, o que resulta numa série de atenuantes nos processos fiscalizatórios, como apontado acima.

A ANVISA considera os serviços prestados por “estabelecimentos de interesse à saúde” como “atividades que, em função dos riscos associados ou da vulnerabilidade do público atendido, podem provocar danos ou agravos à saúde do cidadão, seja direta ou indiretamente”⁴². Além das CTs, incluem-se nessa categoria as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)⁴³, salões de beleza e centros de estética, estúdios de tatuagem e estabelecimentos de educação infantil, como creches, além de academias de ginástica, entre outros equipamentos que prestam serviços pessoais ao cidadão, fora do contexto hospitalar ou clínico e que podem expor os usuários a alguns riscos à saúde. As CTs e as ILPIs possuem regulamentação específica, estabelecida pela ANVISA – a saber, no caso das CTs, a já citada RDC nº 29/2011.

Ao se cotejar as CTs e os outros estabelecimentos com o mesmo enquadramento regulatório, as primeiras são o único tipo, dentro desse universo, cuja atividade primordial é uma prática terapêutica de alguma natureza. Mesmo as ILPIs – que, em relação aos demais tipos de estabelecimento, são o que mais se aproxima das CTs – não podem ser consideradas prestadoras de *serviços terapêuticos*. O fato de que as CTs se propõem a oferecer “terapia” para uma condição considerada patológica talvez já seria argumento suficiente em favor de outro tipo de enquadramento regulatório dessas instituições pelas

⁴² Agência Nacional de Vigilância Sanitária, “Biblioteca de temas serviços de interesse para a saúde”, acessado em 16 de fevereiro de 2021, <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/legislacao/bibliotecas-tematicas/arquivos/servicos-de-interesse>.

⁴³ As ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

autoridades de saúde. A ideia de que se trata de uma terapia exclusivamente não-médica não se sustenta. Como apontado anteriormente, muitas vezes são espaços em que doença e pecado se misturam na abordagem adotada.

Tem-se, então, esse conjunto de normas que regem a fiscalização sanitária das CTs. Mas em que momento essas regras são aplicadas? Como é o processo das inspeções da vigilância sanitária? De acordo com o Curso de Boas Práticas em Inspeção de CTs⁴⁴, as inspeções sanitárias podem ser classificadas da seguinte maneira, no que diz respeito à sua motivação: 1) ação de rotina ou programação fiscal; 2) ação demandada pela própria CT, para fins de licenciamento ou regularização; 3) ação demandada por denúncia apresentada à Ouvidoria da Vigilância Sanitária, ao Ministério Público, ao Poder Judiciário ou órgão de Segurança Pública; 4) força-tarefa ou similar; 5) monitoramento de ação fiscal. A análise a seguir procedida contempla, primeiramente, as inspeções para emissão ou renovação de alvará sanitário, e, subseqüentemente, aquelas motivadas por denúncia.

A EMISSÃO OU RENOVAÇÃO DO ALVARÁ SANITÁRIO E SUAS IMPLICAÇÕES

O licenciamento sanitário, como “ato legal que permite o funcionamento de estabelecimentos, constatada sua conformidade com requisitos legais e regulamentares”, é requisito obrigatório para a execução de qualquer serviço relacionado à saúde ou que possa oferecer riscos à saúde⁴⁵. Tal processo se realiza por meio da emissão do alvará sanitário, que depende de uma inspeção da vigilância sanitária municipal⁴⁶. No ato de inspeção, podem-se solicitar adequações de natureza diversa antes de ser concedida a licença. Essas inspeções são feitas com base em um “roteiro de inspeção”, pelo qual diversos quesitos são observados, tendo-se como guia, no caso das CTs, a RDC nº 29/2011 da ANVISA.

Uma pesquisa realizada na região de Goiânia mostra que apenas onze, de um universo de vinte e oito CTs, funcionavam com o alvará sanitário em vigor, enquanto outras treze aguardavam o trâmite do documento; quatro CTs na cidade estavam em funcionamento irregularmente, sem o alvará sanitário⁴⁷. Tais dados são indicativos de que há CTs que iniciam sua operação antes de obter os respectivos alvarás sanitários, estando em funcionamento, portanto, entidades que podem colocar em risco a saúde dos indivíduos acolhidos. Quando indagado sobre tal situação, um agente de inspeção respondeu:

⁴⁴ Hospital Moinhos de Vento – Educação e Pesquisa, “Inspeção em Comunidades Terapêuticas”. O material didático do curso é de acesso restrito, apenas para os inscritos. Na condição de pesquisador, o autor inscreveu-se no curso e pôde acessar o material.

⁴⁵ RDC nº 207/2018 da ANVISA, que “Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS”.

⁴⁶ De acordo com a RDC nº 207/2018 da ANVISA, “as ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimentos, produtos e serviços de baixo risco sanitário devem ser realizadas pelos municípios”, ao passo que as que envolvem situações de alto risco sanitários devem ser pactuadas entre estados e municípios. As CTs se enquadram na primeira categoria.

⁴⁷ Lara Dias Cavalcante, Maria Eduarda Debizzi Bombardelli e Rogério José de Almeida, “Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química”, *Vigilância Sanitária em Debate* 4, no. 2 (2016): 46, doi: 10.3395/2317-269x.00587.

Nosso trabalho não é só policalesco, mas também educativo. De se tentar construir, ajudar aquela instituição para que ela siga as leis. Muitas vezes é um processo muito longo. Mas quando a gente percebe que há o interesse [em se adequar], que a pessoa está envolvida, que está “girando a roda”, como se diz, a gente vai acompanhando e vai evoluindo. Até conseguir o alvará de saúde. Tanto é que das oito [CTs] que a gente tem [no município], cinco já têm alvará, duas estão em processo, e tem uma que agora, durante a pandemia, houve uma denúncia, e vamos ter que dar uma olhada nela.

Já seu colega relatou o seguinte:

Normalmente, quando eles entram com o pedido de alvará, é o que eu observei até agora, eles já estão em atividade. Eles entram com o pedido de alvará quando conseguem fazer toda a adequação documental [...]. Quando toda questão documental está OK, ela vem para gente, para fazer a parte da fiscalização. E essa fiscalização pode gerar um relatório que tenha muitas situações para eles resolverem, muitas não conformidades para eles organizarem. E isso pode levar um, dois, três meses até eles organizarem. E só a partir daí a gente consegue dar o OK e emitir o alvará. Então, é um processo longo. Fora aqueles que só entram com o processo de alvará depois que a gente descobre o local, por outro meio, e notifica eles de que devem entrar com pedido de alvará. Às vezes, se descobre assim, de outro jeito.

As afirmações de ambos corroboram a informação de que há instituições em funcionamento em desacordo com as normas sanitárias, o que pode indicar a ocorrência simultânea de problemas de outra natureza. Em outras passagens das entrevistas, há ainda afirmações no sentido de que, a não ser em caso de verificação, nas inspeções, de ocorrências gravíssimas de violação de direitos humanos, o processo de emissão ou renovação do alvará sanitário tramita mantendo-se a instituição em funcionamento, com pessoas acolhidas nas instalações. Em alguns casos, a depender da gravidade das infrações constatadas, pode-se exigir que a CT não receba mais acolhidos até sanar as desconformidades.

Os dois depoimentos também apontam para a circunstância de que a vigilância sanitária atua como uma importante intermediadora dos processos de institucionalização das CTs junto ao aparato estatal brasileiro, uma vez que seus órgãos indicam literalmente quais caminhos seguir para o licenciamento sanitário, o que pode propiciar, por exemplo, o recebimento de recursos públicos.

Outra evidência importante nesse mesmo sentido consta do material didático do Curso de Boas Práticas já citado anteriormente, no qual se lê:

Independente da motivação da ação, cumpre registrar que, como fiscais com poder de polícia administrativa, a relação é assimétrica com o administrado e, por isso, precisamos nos cercar de cuidados para conduzir a ação. Esse cuidado se justifica pelo histórico assistencialista das CTs, em que havia ausência do Estado e uma condução com viés muitas vezes mais religioso que terapêutico. A legislação trouxe uma direção, e agora a vigilância sanitária precisa administrar e articular a transição para as diretrizes atuais e a condução do processo de regularização.

Infere-se, assim, que a ANVISA tem direcionado esse papel às vigilâncias sanitárias municipais, uma vez que são esses órgãos locais que acompanham mais de perto as CTs no Brasil. Todavia, essa atribuição de tais funções, quase que exclusivamente, às vigilâncias municipais pode não ser a melhor solução. Em realidade, pode deixar espaços não ocupados, vácuos na fiscalização, como se verá mais adiante quanto

à falta de um olhar mais cuidadoso para o cotidiano das CTs e para os processos terapêuticos que nelas se desenvolvem, sob o nome de “convívio entre pares”.

A FALTA DE UM OLHAR QUALITATIVO PARA O PROCESSO TERAPÊUTICO E SEUS REFLEXOS

Para fins regulatórios, a RDC nº 29/2011 da ANVISA considera como instrumento terapêutico central das CTs, simplesmente, a “convivência entre pares”, não havendo uma delimitação mais acurada quanto ao que se configura como uma “convivência entre pares” satisfatória e adequada. O uso de uma categoria tão ampla e vaga para identificar o que se oferece como terapêutica nas CTs abre margem para que um conjunto indefinido e heterogêneo de práticas possa facilmente ser congregado sob tal termo. Retomando a ideia de que as CTs propõem a transformação moral-subjetiva dos indivíduos, a “convivência entre pares” pode ser considerada, para fins analíticos, o meio para essa transformação.

Ao se examinar os quesitos verificados nas inspeções para emissão ou renovação de alvará sanitário, depreende-se que não há uma avaliação mais apurada para o “programa terapêutico” em suas especificidades e no que diz respeito à sua prática no cotidiano. O que se aborda sobre o programa terapêutico é baseado em mera conferência de documentação, não em uma observação qualitativa da realidade cotidiana da CT. Tendo-se em mente que o princípio terapêutico é a “convivência entre pares”, há que se indagar: quem audita/inspecciona essa convivência entre os pares?

Como regular algo que se pretende terapêutico, mas que se pauta por moralismo⁴⁸, seja com roupagens biomédicas, religiosas ou um misto de ambas? A presença significativa da religiosidade e da espiritualidade, mesmo quando associada a parâmetros técnico-científicos (biomédicos), de certa forma permite que os critérios de validação da prática terapêutica possam ser, em alguma medida, particularizados. O que é moral em determinado contexto simbólico religioso, ainda que mesclado com princípios biomédicos, pode não o ser em outro. É nesse sentido que as inspeções da vigilância sanitária conseguem alcançar objetivamente apenas determinado ponto ao avaliarem os programas terapêuticos das CTs. O exame desse aspecto específico é feito a partir da adequação de uma gestão burocrática da terapêutica, por meio de ações como, por exemplo, verificação da evolução do prontuário dos acolhidos e das condições materiais necessárias para atender ao que consta do programa terapêutico.

A própria equipe de trabalho nas CTs faz parte dessa convivência entre pares, o que pode ser fator positivo ou negativo. Infere-se, contudo, que a RDC nº 29/2011 da ANVISA, que atualmente regula as inspeções, pressupõe que a mera convivência é, por si só, boa. Ou seja, se há condições sanitárias favoráveis, adequadas, que correspondem materialmente à proposta presente no “programa terapêutico”, automaticamente a “convivência entre pares” seria um fator positivo na terapêutica. Entretanto, há obviamente um sem-número de situações de risco, não necessariamente sanitário, mas com possíveis reflexos negativos no processo de tratamento, que podem advir exatamente da “convivência entre pares”⁴⁹. O curso de Boas Práticas aponta exatamente no sentido de que a vigilância sanitária não deve se envolver nesse tipo de avaliação:

⁴⁸ Pondera-se aqui sobre a imposição de determinados valores morais a respeito dos hábitos, da subjetividade, das relações sociais, implícitos nos discursos e nas práticas religiosos e biomédicos sobre uso de substâncias psicoativas.

⁴⁹ Em trabalhos de campo etnográficos anteriores, realizados em três diferentes CTs brasileiras, pôde-se observar as seguintes situações, dentre outras: 1) indivíduo que havia sido pastor assume, na CT, depois de graduado, a função de psicólogo; desrespeitando princípios éticos básicos da profissão, ele narrava situações privadas de

Não cabe à vigilância sanitária fazer juízo de valor se concorda ou não com determinado processo terapêutico. Nossa responsabilidade é avaliar se o que foi proposto pela comunidade terapêutica e aceito pelo residente é compatível com a estrutura disponível para aquela atividade e se há algum risco à saúde envolvido no processo, quando então devemos avaliar se as medidas de mitigação e controle do risco são suficientes.

O relato de uma das interlocutoras da pesquisa demonstra a dimensão prática dessa situação:

[Na vigilância sanitária] nós contamos o número de camas, a questão dos alimentos, se não estão vencidos etc. Na Saúde Mental [quando participa das inspeções] nós olhamos se as pessoas estão comendo, como é o acesso. Olhava para outra dimensão. [...] A Vigilância Sanitária não olha para a questão terapêutica. Agora mesmo eu saí, não era para CT, mas estava discutindo com a colega. Ela disse: "eu não olho o projeto terapêutico; eles me mandam; eu olho pra ver se a documentação está OK, o conhecimento da caixa de água etc., e depois eu vou lá ver as inconformidades".

Outro interlocutor relatou que o trabalho exercido por eles é “legalista”, ou seja, se determinado requisito não está previsto na norma, não pode ser cobrado das CTs. O que se quer dizer com isso? Que é possível uma entidade receber o alvará sanitário sem que haja um olhar apurado para o programa terapêutico, uma averiguação qualitativa⁵⁰. Não por se tratar de negligência, mas exatamente por cumprir estritamente a RDC nº 29/2011 da ANVISA. O alvará sanitário, assim, por vezes acaba legitimando uma proposta terapêutica a partir da conferência de documentos e relatos dos proprietários das instituições⁵¹.

Só em caso de denúncias a fiscalização pode ser mais direcionada para uma abordagem qualitativa dos processos terapêuticos, com o requerimento de readequações – inclusive porque tais apurações geralmente envolvem parcerias entre a vigilância sanitária municipal e outros entes públicos, como a vigilância sanitária estadual, o Ministério Público, a Defensoria Pública, a coordenadoria municipal de saúde mental, a coordenação de equipamentos da RAPS, entre outros. Como se verá a seguir, aguardar por denúncias para que se façam averiguações mais substanciais dos processos terapêuticos pode ter desfechos trágicos.

acolhidos em falas públicas, no sentido de transmitir “lições de moral”; 2) homofobia expressada por pastor durante culto, com um acolhido homossexual presente; acolhidos também eram homofóbicos no cotidiano, na presença do mesmo rapaz; 3) constrangimentos diversos (brincadeiras, provocações, furtos) expressos no cotidiano da convivência; tais situações deixavam alguns acolhidos mais afastados, reticentes quanto ao convívio com os demais.

⁵⁰ Quando se diz “qualitativo”, propõe-se um olhar multidisciplinar sobre as CTs, observando tanto os processos internos com mais cuidado, como também as relações das CTs com outros atores da rede de atenção para usuários de drogas, como ocorre, por exemplo, nos processos de credenciamento de CTs para financiamento público.

⁵¹ Não se está afirmando aqui que as vigilâncias sanitárias municipais possuem essa competência e não a cumprem, mas que o alcance de sua competência é de alguma forma insuficiente. Os interlocutores da pesquisa foram unânimes em apontar a necessidade de parcerias com outros entes públicos para qualificar o processo de inspeção para emissão de alvará sanitário, uma vez que o olhar mais apurado sobre as terapêuticas não é de competência da vigilância sanitária.

AS DENÚNCIAS E O GRANDE DESAFIO REGULATÓRIO NO CAMPO DAS CTS: AS INSTITUIÇÕES CLANDESTINAS

Embora nas ações baseadas em denúncia os procedimentos tendam a focar, nas visitas de inspeção, em aspectos específicos relativos ao que foi delatado, destaca-se o uso de um roteiro de inspeção similar ao utilizado para a emissão do alvará sanitário. De acordo com os interlocutores da pesquisa, se a denúncia não estiver relacionada a aspectos do processo terapêutico, ou da “convivência entre pares”, provavelmente não haverá uma verificação mais minuciosa para esses fatores. No entanto, ao se observar alguns dados relativos às denúncias sobre as CTs, uma importante questão surge, a exemplo do seguinte trecho do Relatório sobre Denúncias em Serviços de Interesse para a Saúde⁵², publicado pela ANVISA:

Embora as Comunidades Terapêuticas não componham um universo tão grande como outros serviços de interesse para a saúde (a exemplo de serviços de estética e embelezamento, creches, estúdios de tatuagem ou até mesmo Instituições de Longa Permanência para Idosos), chama a atenção o percentual de denúncias de alta gravidade⁵³ provenientes destes estabelecimentos, em especial, as relacionadas a abuso de direito, violências diversas (físicas e psicológicas) e internações involuntárias, situações frontalmente contrárias às disposições da RDC 29/2011 e também à recente alteração da Lei Antidrogas (Lei 11.343/2006), trazida pela Lei nº 13.840, de 2019.

Ou seja, é na esfera das denúncias⁵⁴ que se encontram as questões que aparentemente escapam às inspeções sanitárias para emissão ou renovação de alvará sanitário. Como observado acima, no caso das CTs, a maior parte das denúncias diz respeito a circunstâncias graves. Saliente-se que, no referido relatório, estão englobadas apenas as instituições conhecidas e que possuem registro como Serviço de Interesse da Saúde junto à vigilância sanitária. Contudo, o universo de irregularidades pode ser maior, já que, como visto, é possível que instituições ainda não regularizadas como CTs passem a receber pessoas antes mesmo da solicitação de emissão do alvará sanitário, sendo que esse processo de emissão pode implicar trâmites burocráticos por meses.

O universo das inspeções baseadas em denúncias também aponta para outra situação, ainda mais grave: a existência de uma série de locais cuja classificação é indefinida – instituições que não podem ser classificadas juridicamente como CTs, mas que agregam várias pessoas, com condições diversas, e que estão em funcionamento à margem da regulação. Mesmo nesses casos pode acontecer, por parte da vigilância sanitária, o processo de auxílio na regularização do local – o que remete a um problema crônico no Brasil, que é a defasagem das redes de assistência social e de saúde mental no acolhimento de pessoas de alta vulnerabilidade social, sejam elas idosas, pessoas em situação de rua, pessoas com

⁵² Agência Nacional de Vigilância Sanitária, “Relatório Anual – Denúncias em Serviços e Interesse para a Saúde, nº 7”, 2019, acessado em 16 de fevereiro de 2021, <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/345json-file-1>.

⁵³ No relatório citado, as denúncias são classificadas de acordo com sua prioridade para a resolução da situação de risco: quanto maior a gravidade, mais alta a prioridade para resolução. A classificação vai de P1 (maior prioridade) até P5 (menor prioridade). No caso das CTs, a distribuição das denúncias para o ano de 2019 ocorre da seguinte maneira: P1 (35,5%), P2 (31,3%), P3 (18,8%), P4 (12,5%) e P5 (0%).

⁵⁴ Este tema é também abordado na presente série por Carolina Duarte e Mathias Glens, em sua análise sobre a atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo nas inspeções de CTs.

transtorno mental, dependentes químicos, entre outras. Essa situação torna-se um terreno fértil para serviços clandestinos, sem regularização, que por vezes acabam ocupando os espaços deixados pelo Estado.

Os interlocutores da pesquisa informam que as denúncias chegam à vigilância a partir de diferentes fontes, como a ouvidoria da prefeitura, o Ministério Público, os conselhos de classe profissional, ou através da vigilância sanitária estadual. Importante notar que, quando as denúncias chegam via secretaria municipal de saúde, a vigilância sanitária municipal costuma ser o primeiro órgão a visitar as instituições denunciadas.

Um dos entrevistados aponta para uma situação que, em sua opinião, é o maior problema desse campo atualmente, que são justamente instituições irregulares, as quais eles acessam via denúncia de alguma natureza:

Estão surgindo coisas misturadas, não é uma coisa nem outra, e a gente chega no local e não sabe, ninguém assume a responsabilidade pelo local, dá uma confusão. Se eu tiver que fechar, tudo bem, vamos fechar, porque eles não são nada, em termos legais. Mas e aí, vai pra onde o pessoal? Todos caem fora. Não existe um ente, falta um gerenciamento, uma atenção, nessa área, inclusive para absorver as situações irregulares onde tem que fechar devido a uma situação grave. [...] Não podemos fechar se não tiver um destino pra essas pessoas, porque não é nossa competência. A nossa parte é fácil, mas como eu vou fechar sem dar uma destinação para eles?

Outra interlocutora observa a situação de maneira similar, ressaltando a dificuldade em enquadrar alguns locais, e principalmente a dificuldade em conseguir fechar esses estabelecimentos, mesmo que não estejam cumprindo as normas sanitárias ou tenham sido alvo de denúncias graves:

Não é simples, infelizmente não é. Porque esses locais que atendem dessa forma mais clandestina, que a gente acaba sabendo por alguma denúncia e vai atrás, eles normalmente misturam vários tipos de, não são patologias, mas vários tipos de condições. Eles literalmente arrecadam da rua, morador de rua por condição clínica, por abuso de drogas, por transtorno mental. Fazem uma mistura e levam para algum local e colocam essas pessoas normalmente para rezar o dia inteiro. A gente chega e não consegue enquadrar eles em comunidade terapêutica. Tem pessoas com deficiência física, com deficiência mental. É realmente uma mistura grande sim, e que dificulta bastante o nosso trabalho. [...] Já fizemos trabalho desse tipo, mas você não consegue simplesmente, como vigilância sanitária, encerrar a atividade do local, porque tem pessoas lá dentro. E são pessoas que você não tem para onde direcionar. Tem muito morador de rua. Você não pode colocar aquelas pessoas de volta na rua, para fechar o local. E você também não poderia deixar a situação ocorrer daquela maneira. Então é bem complicado, é uma situação bem complicada.

A partir do momento em que a vigilância sanitária toma conhecimento desses locais, instaura-se, quando a situação não é extremamente grave⁵⁵, um processo de regularização, na tentativa de enquadrá-las dentro de uma área de atuação delimitada, seja um lar para idosos ou uma CT, de acordo

⁵⁵ Quando há ocorrência de crimes no local inspecionado, por exemplo, o processo orienta-se no sentido de fechamento.

com o público que está sendo atendido no momento da denúncia e das condições do espaço e da equipe de trabalho do local. Novamente, tem-se aqui o papel da vigilância sanitária como intermediador da institucionalização, não apenas das CTs, mas de outros serviços. E, mais uma vez, tem-se um processo que, entre idas e vindas, pode durar meses, até anos, de acordo com os interlocutores, em de casos de menor gravidade. Há situações mais extremas e problemáticas, quando a denúncia envolve instituições clandestinas que se sustentam de formas perversas, como é apontado em uma das entrevistas:

O que a gente observa? Normalmente essas [entidades] ficam com os benefícios [auxílio-doença ou pensão] desses pacientes. E, às vezes, as pessoas pagam uma coisa a mais em cima. Mas, normalmente, essas bem carentes, essas mais carentes, é o benefício. Tem algumas que, muitas vezes, tentam se adequar, pois querem receber pacientes do serviço público também, porque gera um valor maior. E só o benefício é um valor muito pequeno. Eles acabam tendo dificuldades de manter, mas continuam com os pacientes. Inclusive, quando eles desaparecem – porque às vezes a gente faz, vai correndo atrás de uma denúncia e procura no endereço. Já aconteceu comigo três vezes nesse um ano que estou aqui: de chegar no endereço e os pacientes, o dono, proprietário, levou durante a madrugada, normalmente de sábado para domingo, todos os pacientes para algum outro local que ninguém sabe informar onde é. Opinião pessoal minha. Mas parece assim: "eu vou sair porque a fiscalização me achou, estão atrás de mim; mas a galinha dos ovos de ouro eu vou levar junto, não deixo aqui". Em dois locais que a gente conseguiu conversar com os vizinhos na volta, foi exatamente assim. Bateu um ônibus aqui de sábado pra domingo, botou todo mundo dentro e saíram. Ninguém sabe onde eles estão nesse momento.

Ou seja, quando a fiscalização pressiona e há o risco de fechamento da instituição, ocorre uma transferência clandestina das pessoas, às vezes até mesmo para outro município, com o objetivo de manter o recebimento dos benefícios dos residentes, como auxílio-doença ou pensões. Há locais que não querem nenhum tipo de relação com o poder público, o que é bem exemplificado pelos referidos relatos. Esse deslocamento de toda uma instituição, inclusive seus "pacientes", implica que os proprietários ou responsáveis legais sobre o local consigam evitar processos administrativos ou criminais, de alguma forma escondendo-se das autoridades. Além de se configurar, em muitos casos provavelmente, crime de sequestro e de tráfico de pessoas.

Uma situação similar, mas com um desfecho ainda mais trágico do que o desaparecimento de pessoas, também foi narrada. Tudo começa com um processo bastante tenso de fechamento de uma instituição, a partir de uma inspeção baseada em denúncia, numa parceria entre vigilância sanitária, Coordenação de Saúde Mental e Ministério Público. No local, foi descoberta uma sala que servia de "solitária" para punição de acolhidos, dentre outras violações de direitos humanos. Tramitado todo o processo, o local foi fechado. Um mês depois, em outro município, ocorre uma tragédia. Uma instituição, supostamente uma CT, é acometida por um incêndio. Alguns dos acolhidos estavam presos em salas trancadas e não conseguiram escapar do fogo, o que resultou na morte de sete pessoas. O proprietário desse local era o mesmo da instituição que havia sido fechada um mês antes no município ora analisado.

Toda essa sequência trágica de eventos aponta para outra situação bastante complexa, que diz respeito à responsabilização e à penalização dos indivíduos responsáveis por esses estabelecimentos. O proprietário de uma CT que é fechada pelo poder público nas circunstâncias narradas acima não deveria poder abrir outro espaço similar com facilidade, em outro local, e receber pessoas tal como ocorreu. O fato de ser possível abrir um espaço, passar a receber pessoas, e só depois entrar com o pedido de

alvará sanitário, parece propiciar situações como essa. Isto porque, conforme abordado acima, é a vigilância sanitária municipal o ente público a estabelecer os primeiros contatos com uma instituição dessa natureza, antes que outros órgãos governamentais possam entrar em cena, se necessário, exercendo controles mais rígidos. Em suma, fica claro que um controle estatal mais próximo dessas instituições é necessário, e que a vigilância sanitária municipal não pode exercer essa função sozinha, como parece ser o caso em muitas situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo aprimoradas nos últimos anos, as ações de fiscalização das CTs apresentam sérios problemas. Se uma CT não recebe verbas públicas, ou não é denunciada, provavelmente será visitada apenas anualmente pela vigilância sanitária municipal ou, quando muito, duas vezes por ano, quando da renovação do alvará sanitário. Essa circunstância demonstra o papel importante que a vigilância sanitária exerce no processo de institucionalização das CTs como um método terapêutico para pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

Em inspeções de rotina, ou a pedido das próprias CTs, para emissão de alvará, há evidências de que não se fiscalize o que a CT oferece como terapia. São situações bastante diferentes quando apenas se lê um programa terapêutico impresso e fichas de acompanhamento individual, e quando se averiguam os processos cotidianos nos quais a “terapia” acontece. A inspeção geralmente não avalia pontos essenciais, como o dia-a-dia da CT e o processo terapêutico em si – inspeciona-se tão somente o local onde ocorre uma terapia, mas não há órgão de qualquer natureza que inspecione a terapia em si.

Há exceções a essa verificação mais superficial acerca do que se aplica em termos terapêuticos – agregando o que os interlocutores da pesquisa chamaram de um “olhar qualitativo” para os processos internos da CT, como os recursos terapêuticos e a relação com a rede de atenção psicossocial: são as instituições que celebram instrumentos com prefeituras, governos estaduais ou governo federal para o recebimento de recursos públicos. Como aponta Barroso⁵⁶, os editais de contratação de vagas apontam critérios específicos e tendem a colocar órgãos públicos, além da vigilância sanitária municipal, em contato mais próximo com as entidades contratadas. Outra exceção são as inspeções decorrentes de denúncias relativas a questões terapêuticas ou a violação de direitos humanos, que podem promover parcerias entre Ministério Público, Defensoria Pública, conselhos de classe profissional, coordenadoria de saúde mental, coordenadoria de assistência social, e até mesmo forças policiais, no caso da ocorrência de crimes.

As situações apresentadas no decorrer deste artigo exemplificam o grande desafio que é regular e fiscalizar entidades que fazem o que genericamente se chama acolhimento. Há facilidade para que qualquer indivíduo, em um espaço minimamente estruturado e com pouca visibilidade pública, passe a receber pessoas, alheio ao conhecimento dos órgãos de fiscalização. Muitos desses espaços se prestam a acolher usuários de substâncias psicoativas e se baseiam, ainda que de maneira muito precária, no modelo de funcionamento das CTs.

⁵⁶ Priscila Farfan Barroso, “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, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020), 152.

Ocorre também, como visto, que entidades com desconformidades não sejam fechadas com agilidade, mesmo que na avaliação pessoal dos agentes de fiscalização sanitária fosse caso de fechamento. Os interlocutores da pesquisa apontaram, todos, para esse dilema. Fassin nos ajuda a compreender o embate, quando afirma que “no nível macrosocial, as economias morais correspondem a como valores e afetos são produzidos, circulam, e são apropriados em torno de uma dada situação que a sociedade constrói como problema” – no caso, a maneira como é feito o acolhimento (“fazer sumir”⁵⁷) dos “indesejáveis”; ao mesmo tempo, “no nível microssocial, as subjetividades morais revelam os valores e afetos envolvidos em questões éticas e dilemas enfrentados pelos agentes com respeito a esses problemas”⁵⁸.

Ou seja, partindo da ideia de que “para os indesejáveis, qualquer lugar é melhor do que a rua”, opta-se por manter essas pessoas em locais sem as mínimas condições sanitárias e de dignidade humana. O que se verifica pelo discutido neste artigo são justamente lacunas legais e regulatórias nos instrumentos que definem políticas públicas. Evidencia-se que locais clandestinos estão se prestando a acolher populações consideradas “descartáveis” ou “indesejadas”, uma vez que se trata de uma população extensa que não consegue ser acolhida pelos sistemas de assistência social, de saúde mental, de saúde e afins.

É importante frisar que há um esforço de algumas entidades representativas de CTs, como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), em qualificar os serviços prestados pelas instituições associadas, tanto no sentido de sua estrutura⁵⁹ quanto no de recursos humanos⁶⁰. Entretanto, esse esforço parece não ser suficiente, pois há disputas internas no âmbito das CTs brasileiras⁶¹. De qualquer modo, mesmo se considerarmos as instituições de acolhimento que buscam cumprir as normas sanitárias e que se dispõem a observar os marcos regulatórios, as inspeções sanitárias, da forma como estão organizadas e respaldadas juridicamente, não dão conta de contemplar todos os processos envolvidos no cotidiano de uma CT. Especialmente quando as inspeções ocorrem, como é o padrão, sem parceria com outros entes do poder público, tais como o Ministério Público, as coordenadorias de saúde mental, as Defensorias Públicas, os conselhos de classe, dentre outras.

Essa foi uma das queixas recorrentes entre todos os entrevistados: a falta de parcerias permanentes para a inspeção e o monitoramento dessas instituições. As parcerias esporádicas, que ocorrem para investigar denúncias, deveriam, no entendimento dos interlocutores da pesquisa, ser permanentes.

⁵⁷ Mallart et al., “Fazer sumir”.

⁵⁸ Fassin, “Can states be moral?”, x.

⁵⁹ FEBRACT, “Consultoria”, acessado em 13 de fevereiro de 2021, <https://febract.org.br/portal/consultoria/>. Em seu sítio eletrônico, a FEBRACT oferece consultoria para qualificação das CTs, nos seguintes termos: “Consiste em uma ou mais visitas técnicas de um profissional da FEBRACT à CT contratante, visando realizar inicialmente uma Avaliação Institucional, através da qual poderão ser detectadas e analisadas as potencialidades e as principais dificuldades da CT como instituição”.

⁶⁰ FEBRACT, “Programa de Certificação”, acessado em 13 de fevereiro de 2021, <https://febract.org.br/portal/programa-de-certificacao/>. No mesmo sítio também oferecem o Programa de Certificação FLACT/OEA/CICAD, com o seguinte objetivo: “Padronização das competências e habilidades dos nossos operadores e profissionais para garantir e assegurar que os programas de tratamento/acolhimento, independentemente do país, estejam de acordo com os princípios e valores do modelo de CT, que sejam oportunos e de qualidade”.

⁶¹ Priscila Farfan Barroso, nesta série, apresenta algumas reflexões sobre este cenário. É importante notar que a posição da FEBRACT é minoritária e que há disputas internas entre as diferentes federações e confederações de representação das CTs a respeito do tema da fiscalização.

Todos apontam nesse mesmo sentido, de que uma parceria com as coordenadorias de saúde mental dos municípios seria essencial para qualificar o trabalho de inspeção das CTs, como ocorre naquelas que recebem recursos públicos. Ademais, tal como relatado, parcerias permanentes com o Ministério Público e com as secretarias de assistência social poderiam fortalecer a consolidação de caminhos dignos, para as pessoas acolhidas nessas entidades clandestinas, nas redes públicas de atenção.

Outro aspecto também apontado como uma possibilidade de aperfeiçoamento do sistema de inspeção refere-se à revisão da legislação municipal, já que, na prática, é a que disciplina o acompanhamento das CTs, seja por meio da vigilância sanitária, seja por outros órgãos. Um dos pontos seria tornar mandatória a articulação intersetorial no acompanhamento dessas instituições.

A abordagem ora proposta tem, por óbvio, suas limitações, a saber: o foco exclusivo nos processos da vigilância sanitária, não os abordando do ponto de vista das CTs; o campo empírico restrito a um único município, dificultando comparações e generalizações; a falta de um trabalho de campo etnográfico. Escolhas metodológicas, limitação de tempo, dificuldades com aprovação do comitê de ética e a pandemia de Covid-19 tiveram influência no desenho da pesquisa.

De qualquer forma, há uma contribuição para o campo de estudos das CTs. O olhar para as práticas dos funcionários da vigilância sanitária como forma de atuação do Estado na esfera das CTs aponta para grandes lacunas que precisam ser pensadas. Aos entes da vigilância sanitária se está atribuindo uma grande responsabilidade, possivelmente maior do que sua capacidade e competência. E os processos burocráticos de licenciamento e de regularização tornam viável o funcionamento de entidades com sérios problemas estruturais, que por vezes se distanciam, inclusive, das propostas do modelo mais consolidado, e nem por isso menos controverso, de CT.

FISCALIZAÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CAROLINA GOMES DUARTE¹ E MATHIAS VAIANO GLENS²

Prevista expressamente tanto na Constituição Federal³ como na do Estado de São Paulo⁴, a Defensoria Pública é o órgão incumbido de prestar orientação jurídica e promover os direitos humanos de forma integral e gratuita aos necessitados. Dentre várias atribuições funcionais⁵, a que por ora merece destaque é a fiscalização de locais destinados à assistência de pessoas que fazem uso problemático⁶ de álcool e drogas, em especial as conhecidas comunidades terapêuticas (CTs), definidas como “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”⁷.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída com a finalidade de “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”⁸, apresenta uma diversidade de serviços dentro das seguintes áreas de atenção: Básica, Psicossocial Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e Atenção Residencial de Caráter Transitório e Atenção Hospitalar, além das Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Ademais, segundo a Portaria nº 3088/ 2011 do Ministério da Saúde, as CTs devem funcionar de forma articulada com a atenção básica e com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Note-se que não há menção ao termo “clínica” em tal norma, embora o mesmo seja comumente usado por essas instituições.

No âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as CTs são regulamentadas pela Resolução da Direção Colegiada (RDC) nº 29/2011. Adicionalmente, no Estado de São Paulo, são também reguladas pela Resolução da Secretaria Estadual de Saúde nº 127/2013⁹ e pela Portaria do

¹ Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas (UNICAMP). Psicóloga da Unidade de Sorocaba da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

² Mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Psicólogo do Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

³ Lei Complementar nº 80/1994, que “Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios, prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências”.

⁴ Lei Complementar estadual nº 988/2006, que “Organiza a Defensoria Pública do Estado de São Paulo e institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado”.

⁵ Lei Complementar nº 80/94, Arts. 4º, X e XVII; 108, Parágrafo Único, IV; e 128, VI.

⁶ Luís Fernandes e Maria Carmo Carvalho, “Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do snowball”, *Revista Toxicodependências* (2000); 6:17-28, <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14532/2/83651.pdf>. O termo “uso problemático” compreende o consumo de psicoativos associado a risco social ou sanitário ao usuário ou a terceiros.

⁷ Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde, Art. 9º, II, Anexo V.

⁸ Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

⁹ Resolução nº 127/2013 da Secretaria de Saúde, que “Dispõe, em caráter complementar, sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com

Centro de Vigilância Sanitária (CVS) do Estado de São Paulo – Portaria nº 1/2019¹⁰, que as definem como comunidades terapêuticas de interesse à saúde (a Classificação Nacional de Atividades Econômica - CNAE 8711-5/03) e comunidades terapêuticas de interesse social (CNAE 8720-4/99)¹¹. Em tese, para internações, estabelecimentos de saúde devem seguir a RDC nº 50/2002 da ANVISA¹².

Vê-se pelos marcos regulatórios citados que os serviços que prestam assistência em caráter residencial no âmbito da saúde devem seguir rigorosas normativas que os obriga a se articularem entre si para referenciar os cuidados de quem deles demanda. O desrespeito a essas normas pode gerar situações graves em se tratando de estabelecimentos que não possuam estrutura clínica e assistência médica necessária para lidar com complicações decorrentes de quadros de saúde mais severos. A controvérsia em torno da institucionalização do tratamento em CTs, as quais, inclusive, recebem investimentos públicos^{13,14} passa pelo aumento do número de denúncias de violação de direitos^{15,16,17,18}. Nessa direção, importa dizer que das dezoito CTs cujos processos de fiscalização serão analisados neste artigo, somente em uma delas não foram encontrados indícios de violações de direitos humanos.

Tal tema tem particular relevância para o debate público e o contexto da disputa em torno do campo da assistência a pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas. Ainda que princípios e metodologias preconizados pela legislação e pela literatura científica sobre CTs possam ser alvo de discussão e questionamentos^{19,20,21}, deparamo-nos também com o problema prático sobre como os tratamentos são efetivamente operacionalizados no cotidiano das CTs.

transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas no âmbito do Estado de São Paulo”.

¹⁰ Portaria nº 1/2019 do CVS, que “Disciplina, no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – SEVISA, o licenciamento dos estabelecimentos de interesse da saúde e das fontes de radiação ionizante, e dá providências correlatas”.

¹¹ São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas, “Comunidade terapêutica: manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo”, 2020, MANUAL-CTS-1.8-EBOOK.pdf, justica.sp.gov.br.

¹² RDC nº 50/2002 da ANVISA, que “Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”.

¹³ Sobre o tema do financiamento, ler artigo de Renata Weber disponível nesta série.

¹⁴ Governo de São Paulo, “Comunidade terapêutica”, 9. “O Manual das Comunidades Terapêuticas não apenas conceitualiza esse modelo com propósitos de financiamento e estruturação de políticas públicas para o Estado de São Paulo, como igualmente deixa clara relevância desse modelo como estratégia de cuidado e reinserção psicossocial [...]”.

¹⁵ Conselho Federal de Psicologia, *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* (Brasília: CFP, 2011).

¹⁶ Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Ministério Público Federal, *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017* (Brasília DF: CFP, 2018).

¹⁷ Amanda Audi, “Pastores fingem ser PMs para internar usuários de drogas à força em Brasília”, *The Intercept Brasil*, acessado em 5 de agosto de 2020, <https://theintercept.com/2020/08/05/pastores-fingem-ser-pm-brasilia-batalhao-patrolha-paz/>.

¹⁸ Nota Técnica CSIPS/GGTES/ANVISA Nº 2/2020, que apresenta “Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas conhecidas como Comunidades Terapêuticas Acolhedoras - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011”.

¹⁹ Andrew Aurélio Pinto de Almeida Costa, “O discurso hegemônico de combate ao crack na internet e a política de internação compulsória no Brasil” (Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense, 2017).

Um primeiro desafio refere-se à própria definição legal/formal de CTs²². Nas inspeções, alguns estabelecimentos, quando questionados sobre os motivos de realizarem internações involuntárias e compulsórias (algo proibido para as CTs²³), alegaram ser “clínicas”²⁴, e não CTs, embora não cumprissem as exigências da RDC nº 50/2002 da ANVISA e tampouco da Resolução nº 2.170/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Perante um cenário ambíguo encontrado em termos de regras e definições, para os fins fiscalizatórios da Defensoria Pública, todo estabelecimento que não apresentasse a robusta estrutura exigida pela RDC nº 50/2002 para regime de internações (como executar e registrar a assistência médica diária, por exemplo) foi enquadrado legalmente ou administrativamente como CT, pois em algum grau atua como tal, recebe recursos ou vantagem sob esse título e, portanto, foi fiscalizado conforme a RDC nº 29/2011 da ANVISA.

Diante desse descompasso entre a previsão normativa e a prática desses estabelecimentos, a fiscalização de CTs desponta como um instrumento propício a revelar como elas operam concretamente. Nesse sentido, explorar os achados nesse processo fiscalizatório é essencial para qualificar o debate a respeito dos problemas encontrados e entender o papel que órgãos como a Defensoria Pública têm nesse contexto.

Assim, nosso objetivo foi compreender como as dezoito CTs²⁵ fiscalizadas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo e pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP) entre os anos de 2013 a 2019 se apresentaram, quais os padrões de violação de direitos humanos identificados e quais as justificativas apresentadas por tais entidades, bem como discutir algumas das dificuldades encontradas para a realização de tais fiscalizações.

METODOLOGIA

Durante as primeiras ações fiscalizatórias da Defensoria Pública em CTs, no ano de 2013, havia poucas experiências e literatura disponíveis, uma vez que se tratava de um tema relativamente novo. A parceria com o CRP-SP foi fundamental para desenvolver estratégias de fiscalizações em conjunto, embora a

²⁰ Helenice Pereira Lopes e Aline Moreira Gonçalves, “A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade”, *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13, no. 1, (janeiro-abril 2018): 1-15.

²¹ Dartiu Xavier, “A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento”, *Caros Amigos*, 11 de janeiro de 2013, <http://www.carosamigos.com.br/index/index.php/politica/2888-entrevista-dartiu-xavier-a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento>.

²² Sobre esse assunto, ver artigo de Noelle Resende publicado nesta série.

²³ Proibido pelo Art. 26-A, II, da Lei nº 13.840/19; pelo Art. 2º, I, da Resolução nº 1/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD); pelo Art. 19, III, da RDC nº 29/2011 da ANVISA; e pelo Art. 13 do Anexo XCI da Portaria de Consolidação nº 06/2017 do Ministério da Saúde.

²⁴ Não se afigura que as “clínicas” possam internar, prestando, via de regra, serviço ambulatorial sem leito de pernoite e internação, nos termos da Resolução nº 2.170/2017 do CFM, a qual define as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina.

²⁵ Por questões de sigilo, as CTs serão numeradas e mencionadas dessa forma ao longo do texto.

atuação fiscalizatória do CRP-SP seja restrita ao exercício profissional de psicólogos. Assim, as possíveis violações de direitos verificadas eram encaminhadas para outros órgãos, como o Ministério Público.

Somente com a atuação prática e o devido aprofundamento no assunto é que o próprio grupo envolvido criou um instrumental de apoio, pautado nas normas e exigências mínimas para o funcionamento dessas instituições e nas violações mais frequentes e importantes, organizando, então, uma divisão de tarefas. Além de uma ficha Individual de atendimento, também foram colhidos de cada pessoa termos de declaração de interesse de atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo²⁶. Como prática adotada, as equipes de fiscalização eram divididas em dois grupos para que as entrevistas com os internos da instituição e sua equipe técnica/gerência pudessem ocorrer simultaneamente e em lugares separados, de forma a preservar o sigilo das informações e evitar possíveis constrangimentos.

O processo de fiscalização nas CTs pela Defensoria Pública foi baseado nas normas legais indicadas no Quadro 1.

Quadro 1. Marcos legais das fiscalizações em CTs.

Norma	Objeto
Lei nº 10.216/2001	Dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Lei nº 13.146/2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 29/2011 da ANVISA	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.
Portarias de Consolidação nº 3/2017 e 6/2017 do Ministério da Saúde	Consolidação das normas sobre as redes do SUS.
Resolução CONAD nº 1/2015	Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.
Resolução ONU nº A/46/49	Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental.

Fonte: Relatórios e formulários de inspeção da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

Além dos dados advindos da aplicação do referido instrumental, o presente artigo se baseou em pesquisa na base de informações (relatórios, formulários, ofícios, recomendações, ações judiciais, atas de reuniões etc.) da Defensoria Pública de São Paulo, especificamente do Núcleo Especializado de

²⁶ A Defensoria Pública só pode atuar em nome de alguém se este lhe confere autorização para tanto, razão pela qual esse termo de interesse era necessário.

Cidadania e Direitos Humanos - NCDH²⁷, e também nos relatórios emitidos pelo CRP-SP, consubstanciadas nos registros institucionais de 2013 a 2019²⁸. O Quadro 2 indica o ano em que cada CT foi fiscalizada.

Quadro 2. Cronologia das fiscalizações.

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CT 1 CT 16	CT 5 CT 6 CT 10 CT 13	CT 11 CT 9	CT 3	CT 12 CT 14 CT 17	CT 2, CT 4 CT 7	CT 8 CT 15 CT 18

Os autores deste artigo estão implicados²⁹ com o tema das fiscalizações e participaram de algumas ações em CTs como membros do corpo técnico da Defensoria Pública durante os anos de 2013 a 2019, experiência esta que lhes permite contextualizar e aprofundar os dados formalmente obtidos. Dessa forma, além de contar com a documentação oficial disponibilizada, a metodologia utilizada também se pautou em memórias e fragmentos da experiência profissional dos autores nesses processos fiscalizatórios de CTs, fazendo uso desse conhecimento absorvido para complementar a análise documental e normativa.

Com base nesses dados, foram criadas categorias de análise que pudessem descrever o universo das CTs fiscalizadas. A escolha das categorias foi determinada por critérios qualitativos (relevância, importância da informação) e quantitativos (informação que se repetia em várias instituições).

PERFIL DAS CTS INVESTIGADAS

Para guiar o trabalho, estão elencadas no Quadro 3 as principais categorias de análise dos dados referentes às dezoito fiscalizações em CTs que serão exploradas neste artigo.

²⁷ O acesso aos dados foi realizado via solicitação pública por *e-mail* enviado em 26 de junho de 2020 ao Serviço de Informações ao Cidadão (SIC) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, instituído a partir das determinações da Lei de Acesso à Informação (Lei Federal nº 12.527/2011), que permite que sejam solicitados documentos e dados relativos aos órgãos e entidades da Administração Pública. O pedido foi feito por meio de formulário próprio disponibilizado no *site* da Defensoria Pública, requerendo o acesso aos materiais relacionados à fiscalização de comunidades terapêuticas do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos daquela instituição, notadamente os contidos no Procedimento Administrativo nº 75/2014.

²⁸ Cabe destacar que, pela dimensão reduzida de sua equipe, a Defensoria Pública recebeu mais denúncias que ainda estão sendo apuradas, mas, até a finalização deste artigo, foram fiscalizadas dezoito CTs, exatamente o número de casos aqui analisados.

²⁹ Roberta Carvalho Romagnoli e Simone Mainieri Paulon, "Escritas Implicadas, pesquisadores implicantes: notas sobre os destinos da subjetividade nos desatinos da produção científica", in *Psicologia em Pesquisa: cenários de práticas e criações*, ed. Magda Dimenstein e Jäder Ferreira Leite (Natal: EDUFRRN, 2014), 23-42.

Quadro 3. Tipo de estabelecimentos por CNES, origem das denúncias, número de vagas e mensalidades.

Comunidade Terapêutica	Tipo de estabelecimento segundo CNES	Origem da denúncia à Defensoria	Número de vagas	Mensalidade (valores médios)
CT 1	Policlínica	CRP-SP	74	Sem informação
CT 2	Hospital Especializado	CRP-SP	65	Sem informação
CT 3	Sem registro	Sem informação	24	R\$ 900,00 a R\$ 1.500,00
CT 4	Clínica/Centro de Especialidade Subtipo "Outros"	CRP-SP	Sem informação	R\$ 1.000,00 a R\$ 2000,00
CT 5	Clínica/Centro de Especialidade (subtipo Centro Especializado em Reabilitação)	CRP-SP	Sem informação	R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00
CT 6	Consultório Isolado	Sem informação	Sem informação	Um salário mínimo + cesta básica
CT 7	Sem registro	CRP-SP	52	R\$ 600,00
CT 8	Sem registro	Técnicos do CREAS	Sem informação	Sem informação
CT 9	Consultório Isolado	Familiares da psicóloga da CT	50	R\$ 600,00 a R\$ 1000,00
	Clínica/Centro de Especialidade (2 registros)			
CT 10	Consultório Isolado (1 registro) (subtipo Centro Especializado em Reabilitação)	CRP-SP	Sem informação	R\$ 2.000,00 a R\$ 2.500,00
CT 11	Hospital Dia	CRP-SP	Sem informação	R\$ 0,00 (vaga social) a R\$ 2.000,00
CT 12	Sem registro	CRP-SP	70	R\$ 4.000,00 a R\$ 15.000,00
CT 13	Clínica/Centro de Especialidade	Sem informação	Sem informação	Sem informação

Comunidade Terapêutica	Tipo de estabelecimento segundo CNES	Origem da denúncia à Defensoria	Número de vagas	Mensalidade (valores médios)
Subtipo "Outros"				
CT 14	Policlínica	Sem informação	62	Sem informação
CT 15	Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	CRP-SP	30	Sem informação
CT 16	Sem registro	Ministério Público	Sem informação	Sem informação
CT 17	Sem registro	CRP-SP	52	Sem informação
CT 18	Sem registro	Sem informação	40	Sem informação

Fonte: CNES; Relatórios e formulários de inspeção da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e CRP-SP.

Após a análise dos cadastros das CTs fiscalizadas, verificou-se que não há um padrão na forma como esses serviços se identificam, o que as situa em um limbo entre acolhimento e saúde³⁰. Segundo a Portaria nº 1.482/2016 do Ministério da Saúde, é necessário que as CTs tenham registro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Entretanto, observamos que nem todas possuem esse cadastro ou, quando existentes, eles estão desatualizados. Quando há esse cadastro, registram-se como tipos de estabelecimento distintos entre si, o que se coaduna com a dificuldade de uma definição das CTs.

A CT 3 especifica em seu contrato social ser uma clínica³¹ feminina para tratamento de dependência química, alcoolismo e transtornos associados³², sendo estes últimos, em tese, proibidos para CTs. Voltadas às pessoas com maior grau de autonomia para conseguir observar todas as regras e atividades propostas, a presença de comorbidades pode implicar agravos que demandam a assistência de serviços de saúde não disponíveis. A recomendação do manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo³³ é categórica – durante a triagem, o usuário não pode *“apresentar sintomas psicóticos, sinais de intoxicação aguda ou de síndrome de abstinência grave, assim como níveis de comprometimento cognitivo grave”*³⁴. De modo semelhante, a CT 4 apresentou-se perante a fiscalização como um estabelecimento que exerce atividades na atenção a pessoas com transtornos psiquiátricos, identificando-se como *“uma clínica particular para a classe C”*³⁵.

³⁰ Sobre esse assunto, ler o artigo de Noelle Resende publicado nesta série.

³¹ Nenhuma das CTs que se autodenominavam “clínicas” atendiam aos parâmetros legais de normas de atendimento relativas ao regime de internação, como, por exemplo, executar e registrar a assistência médica diária.

³² RDC nº 29/2011 da ANVISA, Art. 16, Parágrafo Único.

³³ O manual pode ser acessado pelo *link* <https://justica.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/MANUAL-CTS-1.8-EBOOK.pdf>.

³⁴ São Paulo, *Comunidade terapêutica*, 55.

³⁵ Conforme consta de relatório de inspeção feito pelo NCDH da Defensoria.

Na CT 7, a psicóloga responsável apresentou o local como uma “Clínica de Doze Passos”, mesmo que em seu registro conste “Consultório Isolado”³⁶.

Sobre a CT 10, foram identificados dois registros no CNES: um como “Clínica/Centro de Especialidade”, com o subtipo de “Centro Especializado em Reabilitação”, que seria uma instituição destinada para pessoas com deficiência, e outro como “Consultório Isolado”. Em seu sítio eletrônico, todavia, apresenta-se como “uma empresa séria com vasta experiência em tratar doenças relacionadas a [sic] dependência química e alcoolismo, cujo público alvo são adultos e tem uma unidade para crianças e adolescentes com comprometimento leve a moderado, conforme RDC 29/2011”.

Normalmente, as denúncias chegaram via órgãos de representação profissional, especialmente o CRP-SP, que também participou das fiscalizações e compartilhou seus relatórios de inspeção, ou outras instituições do sistema de justiça ou de garantia de direitos, conforme indicado no Quadro 3.

Pode-se observar que, dentre os casos fiscalizados, as denúncias raramente são feitas pelas próprias pessoas cujos direitos teriam sido violados. Tal circunstância é digna de nota por se tratar de pessoas em situação de vulnerabilidade, ainda que circunstancial, e que, em tese, poderiam ter por si mesmas procurado a Defensoria Pública ou outros órgãos de garantia dos direitos humanos.

O fato de as pessoas que sofrem violações de direitos dentro das CTs não serem a principal fonte de denúncias pode indicar que a Defensoria Pública (e o sistema de justiça como um todo) não é vista como uma instituição capaz de ajudá-las nessa situação. Outro possível fator explicativo é o temor em sofrer represálias: durante as inspeções, muitos internos relataram medo de denunciar as violências sofridas.

É possível também que muitas dessas pessoas não tenham condições de perceber que seus direitos foram violados. Em algumas fiscalizações, por exemplo, quando nos apresentávamos às pessoas internadas como membros da Defensoria Pública e que estávamos ali para coibir eventuais violações de direitos, não raro se ouvia: “mas quais seriam os meus direitos?”. Essa dificuldade é algo comum não apenas para quem atua em fiscalizações de CTs, mas em relação a pessoas em condições de vulnerabilidade: a falta de reconhecimento de si como sujeito de direito. Como alguém que nunca foi instruído a respeito de seus direitos pode reivindicá-los?

Em se tratando dos direitos que compõem a cidadania no Brasil, vale salientar que, para Carvalho³⁷, “a falta de garantia dos direitos civis³⁸ se verifica sobretudo no que se refere à segurança individual, à integridade física, ao acesso à justiça”. Essa ausência de garantias ainda incide mais violentamente sobre uma população marginal das grandes cidades, que está na base da pirâmide econômica e que durante anos teve seus direitos civis ignorados ou sistematicamente desrespeitados, de modo que “não se

³⁶ De acordo com o CNES da CT 7.

³⁷ José Murilo de Carvalho, *Cidadania no Brasil: o longo caminho*, 21^a ed. (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016), 213.

³⁸ Aqueles relacionados à liberdade individual, de acordo com a Constituição Federal, Art. 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

sentem protegidos pela sociedade e pelas leis. Receiam o contato com agentes da lei, pois a experiência lhes ensinou que ele quase sempre resulta em prejuízo próprio”³⁹.

Certamente, apenas ter conhecimento abstrato sobre seus próprios direitos não implica exercê-los em sua integralidade. A educação em direitos, nesse sentido, ao mesmo tempo em que é um direito em si, é um instrumento essencial para o acesso a outros direitos. É uma estratégia fundamental e eficiente para o acesso à justiça e, conseqüentemente, a promoção da cidadania, que abrange direitos civis, sociais e políticos, assim como políticas públicas.

Associado a esse panorama, no rol dos direitos sociais⁴⁰, encontra-se o direito à saúde, o qual, geralmente, não é associado a pessoas que fazem uso problemático de drogas, uma vez que tal uso não é comumente considerado sob essa ótica da saúde pública, mas, sim, sob uma perspectiva repressiva de viés penal/criminal.

Outro ponto merece destaque: de onde vêm as denúncias para fiscalizar? Nos casos das CTs 2, 7 e 9, o CRP-SP recebeu a denúncia do Ministério Público (MP). No caso da CT 4, o CRP-SP havia recebido a denúncia do Ministério Público do Trabalho (MPT), por suspeita de condições de trabalho análogas à escravidão.

De acordo com a legislação, o MP pode requisitar informações e documentos (mesmo os de caráter sigiloso, como o prontuário médico); notificar pessoas para depoimento; recomendar a adoção de determinadas práticas; e, sobretudo, fiscalizar locais de internação coletiva, tendo livre acesso a todas as dependências, com autonomia para ajuizar ação civil pública para a interdição desses estabelecimentos, entre outras atribuições⁴¹. Tendo em vista a atribuição fiscalizatória do MP, resta-nos a pergunta: por que tal ente encaminhou solicitações de fiscalizações ao CRP e não as realizou por si próprio, ou pelo menos em conjunto com os demais órgãos competentes?

Vale destacar que o MP foi costumeiramente convidado a participar das fiscalizações, mas essa participação não aconteceu. Em conjunto, essas informações indicam que há uma lacuna na atuação do MP de São Paulo na sua atribuição fiscalizatória de CTs e de outras entidades do gênero, um problema grave diante da importância desse ente.

Saliente-se que a denúncia da CT 8 chegou por meio de técnicos do CREAS que atendiam a um jovem em cumprimento de medida socioeducativa; ou seja, por meio da rede de apoio. Porém, isso só foi possível porque houve suporte de um psicólogo da própria Defensoria Pública, que estava presente no atendimento no qual foram relatados os maus-tratos sofridos. Tal circunstância indica que a rede de serviços não tem a prática de denúncia ao sistema de justiça.

³⁹ Carvalho, *Cidadania no Brasil*, 218.

⁴⁰ Dizem respeito aos direitos coletivos que devem ser assegurados pelo Estado por meio de instituições e políticas públicas, definidos no Art. 6º da Constituição Federal. Consistem em “prestações positivas estatais, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais”. José Afonso da Silva, *Curso de direito constitucional positivo* (São Paulo: Malheiros, 2000), 289.

⁴¹ Renata Corrêa Britto, “A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental” (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 2004).

Nossos dados também denotam entraves no estabelecimento de um fluxo de denúncias, tanto para que elas cheguem ao sistema de justiça, quanto para seu devido encaminhamento interno nas instituições jurídicas. Nesse sentido, também merece destaque a ausência das vigilâncias sanitárias (estadual e municipais) no fluxo de fiscalizações, órgãos estratégicos porque possuem “poder de polícia” em questões sanitárias, além de serem muito bem capilarizados pelo território do estado⁴².

Ainda que muitas das CTs fiscalizadas tivessem alvará de funcionamento emitido pelo órgão sanitário, o que demonstra que passaram por inspeções, chama a atenção o fato de a vigilância sanitária não ter identificado violações graves que foram posteriormente identificadas – o que sugere que a metodologia de fiscalização do referido órgão pode ter lacunas⁴³ ou algum nível de fragilidade econômica e política diante das CTs, considerando que, via de regra, a fiscalização é feita pelas vigilâncias municipais.

A partir dos dados apresentados no Quadro 3, evidencia-se que o lugar característico das CTs é o da indeterminação. Conforme já mencionado, a ambiguidade dos registros oficiais impede uma definição clara, dificultando muito o trabalho dos agentes de fiscalização desses espaços.

O Quadro 3 também fornece um perfil da estrutura das CTs fiscalizadas. Tais CTs possuem distintas quantidades de vagas, sendo que a menor (CT 3) oferecia vinte e quatro vagas e a maior (CT 1), setenta e quatro vagas. Como não se identificou um padrão de violações em função do número de vagas, é possível afirmar que, nas CTs fiscalizadas, as violações de direitos humanos ocorrem independentemente do seu tamanho. Não foi verificada em qualquer CT número de pessoas atendidas que excedesse às vagas disponíveis.

Em termos de sua localização territorial, foi verificado que a maioria das CTs denunciadas se situa em locais distantes dos centros urbanos, seja nas franjas da Grande São Paulo, como em Parelheiros e Cajamar, ou em cidades do interior do estado. Saliente-se que, além de distantes, as CTs fiscalizadas situam-se geralmente em locais de difícil acesso. Tal característica também se associa com a frequente involuntariedade da internação nessas instituições, discutida adiante. Afinal, a distância e o acesso remoto funcionam como barreiras para a tentativa de fuga, além de dificultar a articulação com a rede de serviços de saúde. Esse isolamento dificulta as visitas dos familiares e, conseqüentemente, sua vigilância sobre possíveis maus-tratos. Como nos antigos manicômios, as CTs nas quais foram encontradas maiores violações de direitos humanos são instituições isoladas com características asilares.

Muros altos, cercas, arame farpado, cerca elétrica, grades nas janelas, portas de ferro, correntes, trancas e fechaduras são elementos comumente encontrados nas CTs investigadas. Novamente, infere-se que tais circunstâncias se relacionam de alguma forma com a involuntariedade das internações, pois são mecanismos que restringem o direito de ir e vir. Em algumas delas, especificamente nas CTs 8 e 10, foi possível identificar que havia outras unidades distantes da sede principal onde ocorreram as fiscalizações, para as quais eram levadas as pessoas internadas involuntariamente que pareciam estar mais dispostas a denunciar os maus-tratos, configurando outro mecanismo para dificultar a fiscalização.

⁴² A norma técnica que regulamenta essa questão é a Portaria nº 04/2011 do CVS, que “dispõe sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), e normatiza as atividades econômicas que estão sujeitas ao cadastramento e/ou ao licenciamento pelos órgãos de vigilância sanitária”.

⁴³ Sobre esse assunto, ler artigo de Jardel Fischer Loeck publicado nesta série.

Considerou-se relevante levantar o perfil socioeconômico das pessoas atendidas nessas instituições – para tanto, os contratos para a prestação dos serviços por elas celebrados são uma importante fonte de informação. Muitos são extremamente onerosos a seus clientes, estabelecendo multas por desistência do tratamento. Por tal razão, foi elaborado um parecer conjunto pelo Núcleo de Direitos Humanos e pelo Núcleo do Direito do Consumidor da Defensoria Pública para orientar a atuação dos defensores no que diz respeito a abusos nesses contratos, especialmente a previsão de multa⁴⁴.

Vários desses contratos não apresentavam a assinatura do interno e, mesmo quando devidamente firmado, pessoas internadas relataram que a assinatura ocorreu por pressão familiar ou da equipe da CT. Nenhum dos contratos analisados previa a possibilidade de rescisão a qualquer momento ou referenciava a RDC nº 29/2011 da ANVISA, o que viola o princípio geral da voluntariedade que deve reger as CTs. Como tais instituições têm pouca ou nenhuma articulação com a rede pública de saúde e dificultam o encaminhamento de seus usuários ao médico ou pronto-socorro, quando necessário, muitos procedimentos ou suprimentos são cobrados à parte. Os internos das CTs 14 e 18 relataram que quaisquer atendimentos médicos fora da instituição, como os decorrentes de dores abdominais ou gripe, por exemplo, eram cobrados à parte.

Durante as fiscalizações, houve limitação de acesso aos contratos e apenas em algumas CTs foi possível coletar informações referentes aos valores cobrados, os quais estão resumidos no Quadro 3. Ainda assim, foi possível verificar que, embora não tivessem um valor de mensalidade padrão, a maioria das CTs fiscalizadas cobrava entre R\$ 600 e R\$ 2.000, o que nos sugere que atendem a um público de classe baixa e, em menor medida, de classe média.

CARACTERÍSTICAS OPERACIONAIS

Para melhor visualização e comparação das informações coletadas, o Quadro 4 resume os itens que são analisados abaixo:

Quadro 4. Notificação ao MP, uso do “resgate”, modalidades e períodos de internações e financiamento público

Comunidade Terapêutica	Voluntariedade da internação	Utilização de “resgate”?	Notifica Ministério Público?	Período médio de internação	Recebe financiamento público (estadual ou municipal)?
CT 1	Voluntária e involuntária	Sem informação	Não	Sem informação	Sim
CT 2	Involuntária	Não	Sim	Menos de um mês	Não

⁴⁴ Esse parecer é um documento interno da Defensoria Pública.

Comunidade Terapêutica	Voluntariedade da internação	Utilização de “resgate”?	Notifica Ministério Público?	Período médio de internação	Recebe financiamento público (estadual ou municipal)?
CT 3	Involuntária	Sim	Não	Entre um e seis meses	Não
CT 4	Involuntária	Sim	Não	Mais de um ano	Não
CT 5	Involuntária	Sim	Não	Entre um e seis meses	Não
CT 6	Voluntária	Não	Sem informação	Entre um e seis meses	Não
CT 7	Voluntária e involuntária	Sim	Não	Entre seis meses e um ano	Não
CT 8	Involuntária	Sim	Sem informação	Sem informação	Sem informação
CT 9	Voluntária, involuntária e compulsória	Sim	Sem informação	Entre seis meses e um ano	Não
CT 10	Voluntária, involuntária e compulsória	Sim	Não	Entre um e seis meses	Sem informação
CT 11	Voluntária e compulsória	Sem informação	Sem informação	Entre seis meses e um ano	Sim
CT 12	Voluntária e involuntária	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação
CT 13	Voluntária, involuntária e compulsória	Sim	Não	Entre seis meses e um ano	Não
CT 14	Voluntária, involuntária e compulsória	Sim	Sim	Entre seis meses e um ano	Sim
CT 15	Voluntária e involuntária	Sim	Sem informação	Entre um e seis meses	Não
CT 16	Voluntária e involuntária	Sim	Não	Sem informação	Sem informação
CT 17	Voluntária e	Sim	Não	Sem informação	Sem informação

Comunidade Terapêutica	Voluntariedade da internação	Utilização de “resgate”?	Notifica Ministério Público?	Período médio de internação	Recebe financiamento público (estadual ou municipal)?
	involuntária				
CT 18	Voluntária e involuntária	Sim	Sem informação	Sem informação	Sem informação

Fonte: Relatórios e formulários de inspeção da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e CRP-SP.

A internação é uma prática própria dos serviços de saúde e, como visto anteriormente, as CTs não se adequam na prática à RDC nº 50/2002 – ou seja, não se configuram estritamente como “serviços de saúde”. No entanto, como este artigo foca em processos de fiscalização e verificou-se a presença maciça de internações involuntárias e compulsórias em tais ocasiões, mantem-se aqui as nomenclaturas “internação” e, conseqüentemente, “interno” em relação à pessoa que se encontrava nas CTs.

Segundo a Lei nº 10.216/2001, existem três modalidades de internação: voluntária, involuntária e compulsória. A primeira, como o próprio nome dá a entender, ocorre com o consentimento da própria pessoa internada. As modalidades involuntária e compulsória, porém, acontecem à sua revelia, sendo a involuntária realizada a pedido de terceiro e a compulsória determinada por um juiz. Em todas elas, é preciso laudo médico⁴⁵. As internações involuntárias e compulsórias estão entre as denúncias mais comuns e mais graves identificadas, já que CTs não podem receber pessoas nessas modalidades⁴⁶.

Entretanto, como se pode observar no Quadro 4, praticamente todas as CTs fiscalizadas apresentavam internações involuntárias e compulsórias. Na maioria das vezes, esse era o principal motivo da denúncia, sendo a ocorrência ilegal dessas internações umas das principais características das CTs fiscalizadas – outras violações servem, muitas vezes, para viabilizar as internações contra a vontade da pessoa.

Muitas das CTs admitem pessoas sob mais de uma modalidade de internação, o que dificulta os processos de fiscalização, pois os casos irregulares costumam ser ocultados no conjunto dos prontuários, os quais misturam os de pessoas que estão em internação voluntária com os de outras que não estão.

Em termos da operacionalização cotidiana das internações, identificaram-se situações em que as internações involuntárias foram solicitadas por psiquiatras da própria CT, após a pessoa ser levada à força para o estabelecimento. Foi observado também que esses laudos médicos eram produzidos dias depois de a pessoa já estar internada, uma vez que, na maioria das CTs, a presença de um médico é semanal ou até quinzenal.

⁴⁵ Lei nº 10.216/2001, Art. 6º.

⁴⁶ Lei nº 13.840/2019, Art. 23, § 9º, e RDC nº 29/2011 da ANVISA, Art. 19, III.

Além de ser contrária à legislação, que exige laudo médico prévio, tal situação é eticamente problemática dada a possível parcialidade do laudo: sendo uma empresa privada, que lucra com a internação, configura-se o conflito de interesses.

Houve relatos também de coerção para a assinatura dos termos de concordância com a internação, outra exigência legal. Consta do relatório do CRP-SP que, durante as entrevistas com aproximadamente quarenta pessoas internadas na CT 1, a maioria declarou que veio involuntariamente e que não queria permanecer internada. A CT 3 informou ao MP que as internações são voluntárias, “embora a maioria não aceite e, então, há uma conscientização dos familiares por parte da equipe”. Na CT 5, relatou-se que os termos de concordância foram disponibilizados para assinatura um mês após a internação. Já na CT 6, as pessoas relataram que não assinaram termo de concordância no momento da admissão. Contudo, ao se analisar os prontuários, identifica-se a existência de tais termos, o que pode denotar que a internação foi feita de modo não esclarecido ou, em realidade, de forma compulsória. Na CT 15, os internos relataram ter sido drogados no momento da assinatura dos termos.

Conclui-se que, em uma fiscalização, a mera averiguação dos termos de consentimento não é suficiente para atestar, por si só, a voluntariedade das internações. É preciso ouvir os internos, garantindo-se o sigilo a fim de evitar constrangimentos ou punições. Esse ponto é relevante, pois o “consentimento deve ser livre, voluntário, consciente, não comportando vícios e erros. Não pode ser obtido mediante práticas de coação física, psíquica ou moral ou por meio de simulação ou práticas enganosas, ou quaisquer outras formas de manipulação impeditivas da livre manifestação da vontade pessoal”⁴⁷.

Outro aspecto importante para esta análise é a falta de conhecimento dos próprios internos sobre o critério de voluntariedade de uma internação. Muitos não sabiam que a internação involuntária em CTs é ilegal, outros afirmaram que estavam na instituição porque queriam. Porém, quando indagados se gostariam de deixar o local, caso pudessem, foram unânimes em dizer que sim.

Verificaram-se também muitos discursos justificadores da internação involuntária – talvez o principal deles tenha sido verbalizado pelo diretor da CT 14, quando afirmou que as “involuntárias se tornam voluntárias quando chegam aqui”. Algo quase sempre desmentido pelos internos, mas que revela uma tentativa de legitimação do tratamento forçado.

A gravidade de tal prática é evidente. Durante a fiscalização da CT 13 em 2014, descobriu-se que um interno morreu em decorrência de parada cardíaca poucos dias após sua internação (uma complicação relativamente comum do quadro de abstinência, especialmente em relação ao álcool). Se ele estivesse internado em um hospital, como preceitua a normativa, poderia usufruir de recursos que não existem nas CTs, tais como respiradores, desfibriladores etc., e sua morte seria possivelmente evitada.

Nas práticas em saúde mental, a internação involuntária, especialmente quando relacionada ao uso problemático de substâncias, é utilizada sob a justificativa de que a pessoa usuária de drogas é incapaz de decidir por si própria e é perigosa para outros. Como as CTs estão proibidas de acolher essa demanda e as internações involuntárias em hospitais são curtas, algumas têm atuado à margem da lei para lucrar com essa demanda por “tratamentos” contra a vontade, especialmente a pedido de familiares.

⁴⁷ Paulo Antonio de Carvalho Fortes, “Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido”, *Bioética*, 2(2), (1994):129-35, https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/458/341.

As internações involuntárias também ocorrem em CTs de “alto padrão”. A estadia mensal em um quarto coletivo na CT 12, por exemplo, custava, em 2019, entre R\$ 4 mil e R\$ 5 mil. Um quarto individual chegava a custar R\$ 15 mil. Ainda que esse tipo de estabelecimento voltado à classe alta seja minoria entre as instituições objeto deste artigo, é interessante perceber que a aceitação aos tratamentos forçados permanece.

Percebe-se que, em estabelecimentos “de luxo”, a ausência de crítica em relação à necessidade da voluntariedade do tratamento é praticamente a mesma que em CTs de custo mais baixo. A diferença está na sofisticação da coerção exercida para se obter a concordância do interno.

As internações compulsórias, determinadas por ordem judicial, eram menos numerosas do que as involuntárias, mas, ainda assim, existentes em várias instituições, sugerindo que o judiciário também perpetua a cultura da internação forçada. Os poderes executivos locais são obrigados a cumprir a determinação das internações compulsórias em entidades que, legalmente⁴⁸, não poderiam fazê-lo. Olhando de maneira ampliada, verifica-se uma articulação entre o poder judiciário, que emite a determinação legal, e o poder executivo, responsável pelo cumprimento de uma demanda que, por sua vez, produz uma forma de intervir sobre o problema (proposta de “tratamento”), que acaba sendo validada por um médico. Essa dinâmica ocorre contrariamente ao que preconiza o Art. 9º da Lei nº 10.216/2001: “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”.

Esse processo problemático foi exposto pela coordenadora estadual de saúde mental, que, em audiência pública sobre CTs realizada no CRP-SP no dia 17 de dezembro de 2015, justificou que o financiamento do Estado de São Paulo para CTs se devia, principalmente, ao cumprimento de medidas judiciais. De fato, identificaram-se internações compulsórias apenas na CT 11, que tinha convênio com o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. Em 2015, porém, o Estado de São Paulo já possuía o Programa Recomeço, destinado a contratar vagas em CTs para pessoas que desejam se internar e, assim, há financiamento público para CTs tanto em caráter voluntário como compulsório, por determinação do Judiciário.

Importante observar que a privação de liberdade por meio da internação forçada é contrária à estratégia de cuidado da saúde pública:

[Há] de se destacar a importância em distinguir o que é uma estratégia de cuidado, na perspectiva de saúde pública, podendo ser a internação – principalmente a involuntária, uma medida extrema de cuidado, em um momento circunstancial na vida de uma pessoa, cuja finalidade é exclusivamente a de proteção à vida, daquilo que, com o falso manto do cuidado, é, na realidade, a privação de liberdade, cujo sentido se distancia por completo das diretrizes da saúde pública⁴⁹.

“Resgate” ou “remoção” são os termos utilizados pelas CTs e por outras entidades para nomear o processo de levar alguém à força ao estabelecimento. Realizado muitas vezes por meio da invasão de domicílio, trata-se, na prática, de sequestro de uma pessoa que faria uso problemático de drogas, a

⁴⁸ Lei nº 13.840/2019, Art. 23, § 9º, e RDC nº 29/2011 da ANVISA, Art. 19, III.

⁴⁹ Conselho Federal de Psicologia et al., *Relatório da Inspeção Nacional*, 145.

pedido de alguém da família. A transferência acontece, não raras vezes, com o uso involuntário de drogas e com a imobilização por cordas ou até camisa de força.

Durante tais procedimentos, houve relatos de pessoas algemadas, estranguladas e hipermedicadas. Em algumas situações, outros internos eram utilizados para realizar o “resgate”, como foi observado nas CTs 13 e 16. Tal prática é conexa às internações involuntárias, já que é justamente o que as viabiliza. E como o Quadro 4 aponta, era uma prática recorrente das CTs fiscalizadas.

Na CT 5, mais da metade dos internos chegaram à instituição por esse “método”. Fomos informados que a instituição tinha parceria com duas empresas que realizam esse serviço, o que também acontece na CT 9. Importante ressaltar a gravidade dessa informação: empresas cuja especialidade é em sequestrar pessoas. Isso se verificou também na CT 18, que não realiza “resgate”, mas não veta que a pessoa chegue à instituição dessa forma. E igualmente a CT 16 relatou que não pratica “resgate”, mas indica para familiares algumas empresas que fariam o serviço “com qualidade”. Como percebido, há uma espécie de “terceirização” da prática violenta, numa tentativa por parte dessas CTs de se desresponsabilizarem.

Mostra-se evidente que a máquina voltada para o tratamento forçado de pessoas que fazem uso problemático de drogas está se tornando mais complexa, com diferentes instituições se especializando em diferentes serviços. Nesse sentido, nota-se a necessidade de os órgãos de fiscalização expandirem seu escopo para além das CTs, inspecionando também essas empresas.

Outro aspecto demonstrado no Quadro 4 diz respeito à notificação ao Ministério Público. A internação involuntária deve ser comunicada ao MP em até 72 horas pelo estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ocorrer quando da alta⁵⁰. Verifica-se que tal norma tem sido cumprida pelos serviços de saúde da cidade de São Paulo, em hospitais públicos e privados: entre fevereiro de 2002 e dezembro de 2006, foram realizadas aproximadamente cinco mil internações involuntárias em que um “Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária” foi anexado aos documentos médicos necessários para proceder à internação⁵¹.

Embora duas das CTs fiscalizadas tenham relatado comunicação de internações ao MP, não foram encontrados os respectivos Termos em nenhum prontuário ou documentação. E se essa comunicação ocorreu, de fato, tal circunstância revelaria problemas na compreensão da ilegalidade das internações involuntárias nesse tipo de entidade por parte do MP. Assim, embora se percebam possíveis falhas no controle das CTs, não é lógico esperar que as CTs comunicassem o MP, como órgão fiscalizador, um evento que configuraria uma ilegalidade na sua atuação.

Cumprir mencionar que em 2019 uma alteração legislativa acrescentou a Defensoria Pública como órgão a ser informado sobre internações involuntárias, também em um prazo de 72 horas⁵². Tal notificação, se efetivamente cumprida, poderá vir a ser um mecanismo importante para coibir internações ilegais. Por ser alteração recente, a nova lei não contemplou o período das inspeções estudadas.

⁵⁰ Lei nº 10.216/2001, Art. 8º, § 1º, e Portaria nº 2.391/2002 do Ministério da Saúde, Art. 4º, I.

⁵¹ Mauro Aranha de Lima, “Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação”, in *Ética e Psiquiatria*, 2ª ed (São Paulo: CREMESP, 2007):115-126.

⁵² Lei nº 13.840/2019, Art. 23-A, § 7º.

Pela Resolução nº 1/2015 do CONAD, o tempo máximo de internação é de doze meses (art. 6º, § 1º). Já pela Portaria de Consolidação nº 3/2017 do Ministério da Saúde, Anexo V, o limite é menor, apenas nove meses (art. 9º, II), sendo que na Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde, Anexo XCI, é fixado o prazo de seis meses, podendo, excepcionalmente, ser estendido até nove meses. Contudo, “em razão da hierarquia das normas jurídicas, o prazo limite a ser observado é até o máximo de 90 (noventa) dias (art. 23-A, § 5º, III da Lei nº 13.840/2019)”⁵³. Por princípio geral, conforme a Lei nº 10.216/2001, a pessoa deve retornar à sua comunidade no tempo mais breve possível. Ou seja, não deve haver tempo mínimo de permanência.

Também se pretendeu avaliar se períodos mais longos de internação estão associados a violações de direitos humanos. Os dados coletados indicam que não é possível fazer essa correlação – ou seja, as violações de direitos humanos acontecem em CTs que trabalham tanto com internações mais curtas, quanto com longas permanências (acima de noventa dias). Todavia, nesse aspecto, os dados qualitativos são mais reveladores. Na CT 6, por exemplo, havia um usuário internado há doze anos, isto é, em caráter asilar. Na CT 11, havia internos que lá estavam há cinco anos. Coexistem, portanto, períodos muito díspares e muito além do prazo declarado pelas CTs, o que aponta para internações não comunicadas às autoridades de pessoas com comorbidades, em situação de abandono, que deveriam estar em residências terapêuticas ou em Instituições de Longa Permanência (ILPIs)⁵⁴. Ao verificar essas situações de asilamento, a Defensoria Pública acionou o CAPS da região e outros atores da rede de saúde e de assistência social, buscando garantir a realocação das pessoas que não tinham condições de retorno às famílias.

Com o programa “Crack, é possível vencer”⁵⁵, lançado em 2011, o governo federal abriu a possibilidade de que CTs passassem a buscar financiamento público, um desenvolvimento no processo de institucionalização das CTs que é considerado bastante controverso⁵⁶. Essa categoria de análise permitiu verificar se as CTs fiscalizadas recebiam recursos públicos ou não e se esse critério de análise apresenta alguma possível correlação com a ocorrência de violações de direitos. É importante ressaltar que o escopo de análise inclui apenas entidades no Estado de São Paulo e, portanto, não podemos extrapolar os achados para outras realidades no território nacional.

O Quadro 4 indica que das 18 CTs fiscalizadas, apenas três recebiam financiamento público (CTS 1, 11 e 14), embora seis outras não tenham fornecido tal informação⁵⁷. Infere-se que as exigências burocráticas (documentações, alvarás etc.) necessárias para receber recursos públicos fazem com que a maioria das CTs fiscalizadas não busque esse canal de financiamento. Essa é uma constatação importante,

⁵³ Laércio Melo Martins, “Corpos, instituições e necropolítica: reflexões contemporâneas sobre a internação involuntária da pessoa com deficiência mental e as Comunidades Terapêuticas”, *Revista Teoria Jurídica Contemporânea*, vol.5, no. 1 (janeiro-junho 2020): 202, <https://doi.org/10.21875/tjc.v5i1.27984>.

⁵⁴ As ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

⁵⁵ Plano disponível para consulta em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br>.

⁵⁶ Para uma discussão mais aprofundada sobre mecanismos de financiamento das CTs, ver artigo de Renata Weber nesta série.

⁵⁷ Apesar de constar do formulário-padrão utilizado nas fiscalizações, a questão do financiamento nem sempre foi investigada. Isto porque cada fiscalização tem uma dinâmica própria (às vezes outros elementos têm prevalência) e também nem sempre foram as mesmas pessoas a realizá-las. Desse modo, nos relatórios de fiscalização analisados para a pesquisa, tal informação não constava em todos os casos.

especialmente no atual momento em que tanto se discute a pertinência desse financiamento. Nesse sentido, verificou-se que, entre as CTs fiscalizadas, a maioria não buscou financiamento público. As instituições que não buscam recursos públicos optam por ficar à sombra da lei e se mantêm abertas porque seu público-alvo não depende desse financiamento: famílias desesperadas com a relação problemática do parente com o uso de drogas e que veem na internação à força uma solução. Ou seja, as CTs que com mais frequência violam direitos atuam quase exclusivamente no âmbito da economia privada: são instituições privadas que se financiam no mundo privado (famílias).

Tal situação, contudo, não significa que as instituições que recebem financiamento público não apresentem irregularidades ou mesmo indícios de violações. Dentre as três CTs que obtêm recursos públicos, verificou-se que a CT 14 pratica “resgate”, a CT 1 não notifica o MP por ocasião de internações involuntárias e a CT 11 extrapola o período de internação permitido. Na CT 11, inclusive, a maioria das pessoas encontrava-se em situação de rua antes de ser internada, o que denota que seu funcionamento parece atender, em alguma medida, a demanda social de se retirar populações indesejadas das cidades. Nas CTs 1 e 14, as prefeituras locais conveniaram-se com as CTs fiscalizadas para ter para onde encaminhar pessoas após decisão de internação compulsória, o que novamente indica um problema de compreensão, por parte da justiça, da ilegalidade de internações forçadas em CTs.

PONTOS SENSÍVEIS

A admissão de adolescentes em CTs não era prevista pela legislação quando as fiscalizações foram realizadas. Mais recentemente, a Resolução nº 3/2020 do CONAD⁵⁸ fez essa previsão e, apesar de ainda não estar em vigência, o assunto tem gerado grande controvérsia⁵⁹, pois tal público demanda cuidados e investimentos institucionais específicos. Embora sem respaldo normativo à época, verificou-se a presença de adolescentes em sete locais fiscalizados, a saber: CTs 5, 9, 10, 13, 14, 15 e 18. Ou seja, a prática de internação de adolescentes em CTs já existia antes mesmo da previsão normativa.

Estudos⁶⁰ indicam que a ordem judicial de internações compulsórias de adolescentes exerce uma dupla função: por um lado, é adotada como uma estratégia de acesso ao serviço de saúde; por outro, é utilizada como uma espécie de punição, no sentido de o encaminhamento servir como um recurso auxiliar à disciplinarização dos adolescentes, constituindo uma relação entre “medicar” e “punir”. Os adolescentes não frequentavam a escola e compartilhavam o mesmo espaço com adultos. Ambas as práticas são violações ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Apesar de muitas CTs já realizarem a

⁵⁸ Resolução nº 3/ 2020 do CONAD, que “Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas”.

⁵⁹ Agência Câmara de Notícias, “Debatedores criticam internação de adolescentes em comunidades terapêuticas”, 15 de dezembro de 2020, <https://www.camara.leg.br/noticias/716171-DEBATEDORES-CRITICAM-INTERNACAO-DE-ADOLESCENTES-EM-COMUNIDADES-TERAPEUTICAS>.

⁶⁰ Andrea Cristina Coelho Scisleski e Cleci Maraschin, “Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas”, *Psicologia em Estudo*, Maringá, vol. 13, no. 3, (julho-setembro 2008): 457-465, doi: 10.1590/S1413-73722008000300006; Andrea Cristina Coelho Scisleski, Cleci Maraschin e Rosane Neves da Silva, “Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica”, *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2, (2008): 342-352, <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200013>; Ana Lúcia Seabra Bentes, “Tudo como d’antes no quartel de Abrantes: um estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial” (Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, 1999).

internação de adolescentes, essa ocorrência se dá sem a devida preparação para a internação desse público específico. A escolarização e a separação da convivência com adultos são práticas garantidas até mesmo em instituições com privação de liberdade como, por exemplo, aquelas que recebem adolescentes em conflito com a lei.

Igualmente complexo é o trabalho obrigatório dos internos que ocorria em todas as CTs fiscalizadas. Comumente denominado de “laborterapia”, constitui uma forma de “tratamento” por meio do trabalho, sendo um dos pilares da atuação das CTs⁶¹, juntamente com atividades de espiritualidade. Na literatura especializada⁶², a condição para que um trabalho seja terapêutico é o sentido que deve ter para quem o executa. Idealmente, a pessoa que passa por “laborterapia” deve encontrar nas atividades realizadas estímulos para o tratamento, e não o contrário. Esse trabalho não pode ser exaustivo, repetitivo ou utilizado como punição.

O uso terapêutico da ocupação foi sistematizado como campo de saber no século XVIII por Pinel⁶³, que defendeu a internação (isolamento) como a melhor resposta para a loucura. Ele propôs que o trabalho mecânico rigorosamente executado era capaz de garantir a saúde, trazendo o doente à racionalidade, porque restabelecia seus hábitos saudáveis. Estudos e relatórios desfavoráveis à laborterapia^{64,65,66} pela ausência de evidência científica de sua efetividade têm se intensificado, indicando que essa prática estaria mais ancorada em pressupostos morais e disciplinares. O relatório da 4ª Inspeção realizada pelo CFP⁶⁷ aponta:

O trabalho assume, na laborterapia, a mesma adjetivação dada pelo manicômio e pelas prisões, o caráter de puro imperativo moral. Trabalha-se para combater o ócio, para limitar a liberdade e submeter à ordem. Mas, também, trabalha-se para gerar lucro para outrem, trabalha-se sem direito a remuneração ou a qualquer forma de proteção.

Nas fiscalizações realizadas, foram identificadas CTs em que a limpeza, a organização do espaço físico e a preparação de alimentos eram realizadas integralmente pelos internos – rotinas assim descritas por um deles: “capinar, lavar banheiros, lavar roupas, quartos e refeitórios”.

Ainda que se considere que a atuação das CTs é baseada no engajamento dos internos na manutenção do seu espaço de convivência, essa colaboração deveria ser absolutamente voluntária e complementar ao trabalho de funcionários da instituição, contratados para esse fim. Nas internações voluntárias, em

⁶¹ Ver Maria Paula Gomes dos Santos, “Comunidades terapêuticas: unidades de privação de liberdade?”, IPEA, Boletim de Análise Político-Institucional, 10, (2016): 39-46, <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7653>.

⁶² Fernando Sfair Kinker, “Enfrentamentos e construção de projetos de trabalho para a superação da laborterapia”. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, vol. 22, no. 1 (2014), 49-61, <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.006>; Maria Luiza Gava Schmidt, “Laborterapia na promoção da saúde no trabalho sob a perspectiva da sionomia”, *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, (dezembro 2016) 5(2):193-197.

⁶³ Philippe Pinel, *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania* (Porto Alegre: Universidade UFRGS; 2007).

⁶⁴ Conselho Federal de Psicologia, *Relatório da 4ª Inspeção Nacional*.

⁶⁵ Conselho Federal de Psicologia et al., *Relatório da Inspeção Nacional*.

⁶⁶ María del Carmen Castrillón, “Entre ‘teoterapias’ y ‘laicoterapias’: comunidades terapêuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales”, *Psicología e Sociedade*, vol. 20, no. 1, (2008): 80-90, <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000100009>.

⁶⁷ Conselho Federal de Psicologia, *Relatório da 4ª Inspeção Nacional*, 192.

princípio, é possível inferir que exista adesão da pessoa ao tratamento, incluindo a laborterapia. Contudo, o perfil mais comumente encontrado é o de internações involuntárias e, portanto, a voluntariedade do engajamento às atividades de organização e de limpeza torna-se insustentável, além de ser um tipo de imposição que se reflete em outras esferas:

Não se trata apenas do consentimento com relação à internação, mas também sobre cada procedimento ou ação terapêutica, como a prescrição de medicamentos, o atendimento individual, o atendimento em grupo, a oficina [...], sobre as dimensões relacionadas ao Projeto Técnico Institucional (PTI), ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) e ao cotidiano das instituições visitadas⁶⁸.

A questão central é que a laborterapia é adotada pelas CTs como uma “terapêutica” e, assim, não é entendida por tais instituições como uma prática que teria que seguir as diretrizes da legislação trabalhista. Em realidade, porém, encontra-se outro cenário: pessoas internadas involuntariamente submetidas a trabalho sem remuneração. Assim, essa prática deveria se configurar como trabalho e ser, então, regulamentado sob o prisma da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Nesse contexto, a parceria com o MPT em processos de fiscalização é necessária para a averiguação dessas ocorrências, uma vez que não há reconhecimento formal das atividades exercidas dentro das CTs. Assim, é possível se reconhecer nessa prática trabalho análogo ao escravo, conforme tipificado no Art. 149 do Código Penal (CP), valendo notar que o próprio MPT encaminhou ao CRP-SP pedido de fiscalização de denúncia desse tipo na CT 4.

Outra situação se afigurou bastante problemática: a utilização de internos como monitores. Estes trabalham na instituição como seguranças, orientadores, encarregados da disciplina etc. e, conforme vão cumprindo as normas internas da CT, sobem na hierarquia existente, ganhando poder, prestígio e recompensas. As CTs justificam esse processo como parte da laborterapia. Nas CTs fiscalizadas, essa prática também não era remunerada, outro ponto que acarreta violação de direitos, já que são utilizados os próprios internos como mão-de-obra sem custos. Os monitores são escolhidos entre internos de bom comportamento e em estágios mais avançados de tratamento. Em troca, ganham benefícios (saídas da CT, horas extras de televisão, melhores acomodações e comida, mais visitas de familiares etc.), bem como *status* e proteção.

As reclamações em relação aos monitores são numerosas. Na CT 1, um dos internos denunciou que “os monitores me batem no rosto”. Na CT 9, uma interna relatou ter sido espancada três vezes, além dos xingamentos constantes. Na CT 15, foi dito que os monitores não têm preparo para lidar com os internos, que não teriam cursos capacitadores e que lidam com conflitos na base da violência. O que se observou nas fiscalizações foram internos coagidos ao trabalho “terapêutico”, seja com punições (quarto de contenção e suspensão de acesso a cantina, cigarro, ligações e até visitas), seja com oferta de regalias. Na CT 1, ficou evidente como se aplicam as penalidades: foi relatado por um dos internos que existe um sistema de pontuação semanal para quem descumpra as regras, dentre elas, as atividades de laborterapia (1 ponto – recebe advertência, 2 pontos – perde cigarro, 3 pontos – perde cigarro e lazer por dois dias, 4 pontos – perde ligação, e 5 pontos - perde visita). Na maioria dos locais, havia poucos funcionários contratados pela instituição, o que parece corroborar a excessiva dependência estrutural da laborterapia e nesse sistema de monitoramento como forma de suprir mão-de-obra.

⁶⁸ Conselho Federal de Psicologia et al., *Relatório da Inspeção Nacional*, 147-148.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as fiscalizações realizadas pela Defensoria Pública de São Paulo em dezoito CTs entre 2013 e 2019, verificou-se que as violações de direitos mais encontradas, especialmente envolvendo as internações involuntárias, estão associadas à própria confusão em torno de sua definição e regramento, revelando um descompasso entre teoria/lei e prática. Também identificaram-se problemas no processo fiscalizatório, no que diz respeito à sua frequência e à articulação entre os órgãos envolvidos, com lacunas significativas. Infere-se que seriam necessárias e mais apropriadas fiscalizações contínuas, planejadas e estruturadas, e não apenas motivadas por denúncias de violações de direitos.

O presente estudo corrobora os achados de outras iniciativas de fiscalização⁶⁹, porém é mais específico em relação aos aspectos avaliados no ato de fiscalizar. A prática de internação forçada (involuntária e/ou compulsória) em dezessete das dezoito CTs fiscalizadas aponta para um quadro preocupante: falta absoluta de fiscalização anterior, desrespeito ao livre consentimento e demanda regular por esse tipo de “tratamento” em classes sociais diversas. Ressalte-se, nesse sentido, a importância da verificação do consentimento do interno sob a ótica do direito de escolha esclarecida, pois o direito de ser informado, de decidir e de escolher quais os tratamentos aceita e quais rejeita são elementos essenciais para o exercício da autonomia.

Observou-se, ainda, o protagonismo de um conselho de classe, o dos psicólogos (CRP-SP), como principal órgão a receber denúncias e a averiguá-las, em conjunto com a Defensoria Pública. Mostra-se primordial a necessidade de se estabelecer um fluxo de denúncias e de os órgãos responsáveis se articularem para fiscalizar em suas respectivas áreas de atuação, com destaque para a vigilância sanitária⁷⁰. Também verificou-se uma lacuna na atuação do Ministério Público, fato problemático considerando sua atribuição fiscalizatória de relevância na coibição de ações ilegais e violações de direitos em entidades como as CTs.

Percebeu-se também que o judiciário muitas vezes tem se tornado ele próprio um agente violador quando determina as internações compulsórias – muito comuns, inclusive, para adolescentes – que desrespeitam o marco legal. É notória a urgência da discussão crítica sobre a interação entre os campos jurídico, da saúde e da proteção social que a internação compulsória evoca, sendo que essa prática atende, em alguma medida, ao apelo social e midiático por exclusão e controle de populações específicas, garantindo-se uma suposta sensação de segurança.

No que diz respeito à atuação da Defensoria Pública, identificaram-se dificuldades decorrentes da limitada capacidade operacional frente a uma enorme abrangência territorial, especialmente quando comparada ao MP. Deve-se mencionar que, caso a determinação legal de comunicar as internações involuntárias fosse cumprida, a instituição poderia atuar na defesa individual dos ilegalmente internados e, quando necessário e aplicável, propor ações indenizatórias. Ademais, fundamental lembrar sua atribuição em educação em direitos, oficialmente estabelecida para a garantia do acesso à justiça, devendo proporcionar o conhecimento necessário às pessoas para que possam reivindicar seus direitos

⁶⁹ Conselho Federal de Psicologia, *Relatório da 4ª Inspeção Nacional*; Conselho Federal de Psicologia et al., *Relatório da Inspeção Nacional*.

⁷⁰ Para mais reflexões a respeito, ver o artigo de Jardel Fisher Loeck nesta série.

e defendê-los. Do mesmo modo, é fundamental aprimorar o instrumental de fiscalização de acordo com a Lei nº 13.840/2019.

A via judicial de responsabilização não se mostrou de todo efetiva, dada a morosidade da justiça e de sua visão costumeiramente conservadora em relação ao cuidado e ao tratamento de quem faz uso problemático de drogas. Nesse cenário, as soluções administrativas foram priorizadas, mas a atuação é tímida e demanda um debate estrutural sobre o tratamento dado a essa população pelo Estado. Vale salientar alguns dos resultados das fiscalizações: fechamento de uma CT e recomendações de adequação a outras, parcialmente cumpridas. A CT 4 é um caso emblemático de atuação jurídica: depois de sucessivas interdições parciais e tentativas da proprietária de adequação do espaço às normas sanitárias, recentemente se teve a informação de que veio a ser fechada, tendo sido aberta no mesmo local, pela proprietária, uma ILPI, o que não garante cumprimento às normas, mas sim, uma possível mudança de categoria para escapar à fiscalização.

Vê-se que, nas CTs fiscalizadas, os direitos das pessoas foram usurpados, ao mesmo tempo em que os deveres foram impostos, sob pena de castigos e torturas. A utilização de termos como “laborterapia” ou “resgate”, entre outros, não deve ocultar o que realmente foi encontrado: trabalho obrigatório sem remuneração, sequestro e cárcere privado. Nesse cenário, tem-se um indivíduo despojado de sua liberdade por razões não criminais, sem processo, sem pena e sem direito à defesa. Necessário, portanto, ter um padrão normativo que permita fiscalizar de forma contundente, contínua e articulada esse tipo de instituição, antecipando-se às denúncias.

“ESTAMOS COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS!”: CONSENSOS E DISSENSOS NA ARTICULAÇÃO POLÍTICA DOS REPRESENTANTES DE CTS NO BRASIL

PRISCILA FARFAN BARROSO¹

Este artigo apresenta as articulações e as mobilizações políticas dos atores sociais vinculados às comunidades terapêuticas (CTs) no contexto nacional, em busca do reconhecimento social dessas instituições e de financiamento público para a realização, em tais locais, de internação de usuários² de drogas— costumeiramente chamada de “acolhimento”³ pelos representantes das CTs. O campo organizacional das CTs apresenta convergências entre os atores sociais que lhe são vinculados, mas também divergências que são tensionadas conforme esses atores se relacionam com a burocracia do Estado para a inserção do modelo das CTs como parte das ações de políticas públicas. Desde 2000, essa discussão vem ganhando visibilidade pública, o que propicia a compreensão de seus pormenores.

Com a Lei da Reforma Psiquiátrica⁴, as políticas públicas voltadas aos usuários de drogas têm enfatizado seu atendimento por meio de serviços de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ao invés das práticas de internação em instituições fechadas, como clínicas e hospitais psiquiátricos, ou em CTs. Cabe destacar que existem serviços específicos para usuários de drogas: entre os CAPS, há o CAPSad, destinado a usuários de “álcool e outras drogas”; e, entre os hospitais gerais e psiquiátricos, há leitos para internação de usuários de drogas⁵. Os serviços de base comunitária preconizam o tratamento em liberdade, conduzido por equipes multidisciplinares e orientado para a redução de danos, de modo que o usuário não precisa necessariamente cessar o uso de drogas para iniciar o tratamento. Já os tratamentos baseados em internação exigem a reclusão dos sujeitos na instituição e têm como critério a abstinência para iniciar o tratamento.

Entretanto, diante da suposta “epidemia de crack”^{6,7} no final da década dos anos 2000, as concepções sobre o tratamento aos usuários de drogas foram novamente questionadas, e as internações voltaram a

¹ Bacharela e Licenciada em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Ensino de Sociologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestra e Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atuou como Especialista em Saúde e Consultora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

² Será utilizada a expressão “usuários de drogas” para se referir a este público nas políticas públicas.

³ Esse é um termo êmico utilizado pelo grupo pesquisado, mas também é apresentado nas normas referentes ao funcionamento das CTs.

⁴ Lei nº 10.216/2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

⁵ Além desses, tem-se a Unidade de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, instituída pela Portaria nº 121/2012 do Ministério da Saúde, que prevê tratamento em regime residencial.

⁶ Edward Macrae, Luiz Alberto Tavares e Maria Eugênia Nuñez, ed., *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso* (Salvador: EDUFBA/CETAD, 2013), acessado em 12 de fevereiro de 2021, <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16089>.

⁷ O termo consiste em uma definição genérica sobre o uso de crack, sugerindo um dano social implicado e configurando essa situação como ameaçadora – faltam, todavia, dados epidemiológicos para atestar o fato.

ser apresentadas no debate público como parte da solução do “problema das drogas”. Enquanto essa discussão era delineada no âmbito das políticas públicas, as CTs continuaram atendendo os usuários de drogas. Nessa conjuntura, viram a oportunidade de suprir as demandas do setor público, caso viessem a ser financiadas⁸. As CTs realizam a internação de usuários de drogas em regime residencial, geralmente entre seis e doze meses, com ênfase na convivência entre os pares, ou seja, com outros usuários que desejam se afastar das drogas. Para os defensores dos CAPS, as CTs violam direitos porque realizam a reclusão, a segregação e o isolamento social dos sujeitos, ao imporem a permanência na instituição por longo tempo, além de serem geralmente localizadas em ambiente rural, distantes do acesso a transportes, serviços e da sociedade como um todo; e também por demandarem o respeito de regras rígidas e por exigirem a abstinência^{9,10,11}.

As CTs estão no Brasil há mais de cinquenta anos e já se organizavam como representação política no início dos anos 1990, quando se relacionavam com o antigo Conselho Federal de Entorpecentes – COFEN (atual Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD). Como membros da sociedade civil atuantes junto a esses conselhos, foi possível contribuir na discussão que culminou com a publicação da RDC nº 101/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabeleceu normas mínimas para o funcionamento das CTs¹². Nos últimos vinte anos, seus representantes têm se organizado institucionalmente e foi principalmente com o “Plano Crack”¹³, o qual abriu claramente a possibilidade para financiamento federal para essas instituições, que houve maior organização entre esses atores para que tais instituições pudessem funcionar dentro das normas legais e também para proporem a inclusão desse modelo como parte das ações de políticas públicas¹⁴. Essa mobilização tem resultado em conquistas significativas para as CTs, tanto nos aspectos legislativos como sob a perspectiva econômica.

A organização política dos representantes das CTs no Brasil tem se dado por meio de encontros, eventos, congressos e também de forma mais institucionalizada, por meio da participação nos conselhos de políticas públicas, da atuação nas federações nacionais de CTs e até por frentes parlamentares que se

⁸ Priscila Farfan Barroso, “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, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020).

⁹ Nathali Di Martino Sabino e Sílvia de Oliveira Santos Cazenave, “Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas”, *Estud. psicol. (Campinas)*, vol. 22, no. 2, 167-174, 2005.

¹⁰ Renata Cristina Marques Bolonheis-Ramos e Maria Lucia Boarini, “Comunidades terapêuticas: ‘novas oportunidades’ e propostas higienistas”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 22, no. 4, 1231-1248, 2005.

¹¹ Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Maria Cecília de Souza Minayo, “As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil”, *Interface (Botucatu)*, Botucatu, vol. 19, no. 54, 515-526, 2015.

¹² Ana Regina Machado, “Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas” (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006).

¹³ Decreto nº 7.179/2010, que “Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências”.

¹⁴ Barroso, “Comunidades terapêuticas como política de Estado”.

relacionam com diferentes partidos políticos¹⁵. Essa articulação permite reorganizar os conflitos existentes entre eles, reunir demandas dos dirigentes e profissionais de CTs, colaborar no estabelecimento de alianças com representantes dos órgãos governamentais e atualizar os direcionamentos da mobilização política em defesa das instituições no contexto nacional.

As federações de CTs são entidades representativas que certificam o trabalho realizado por tais instituições, oferecem assessoria e capacitação aos seus quadros profissionais e se mobilizam politicamente para buscar conquistas ao modelo proposto. No Brasil, estima-se que haja trinta e quatro federações¹⁶, fundadas de acordo com representações regionais e/ou religiosas. Ademais, pode haver vinculações entre elas, como quando uma mesma federação tem representação em diferentes regiões. Tais federações podem ser percebidas como mais um dos atores institucionais que compõem o campo organizacional das CTs no Brasil, atuando nos processos de construção de políticas públicas no país¹⁷.

Em tese de doutorado desta autora, foi realizada uma etnografia das federações de CTs no Estado do Rio Grande do Sul entre 2016 e 2019, com participação presencial em diversos eventos pertinentes ao tema, por meio dos quais se pôde observar como a política constrói sua legitimidade na esfera pública¹⁸. Os palestrantes, os participantes e os organizadores se constituem como atores relevantes para a composição e o entendimento desse campo político. Os discursos acionados, os posicionamentos demarcados e as moralidades evidenciadas são relevantes para compreender os novos direcionamentos que induzem as políticas em questão. Ao acompanhar os eventos no Rio Grande do Sul, foi possível perceber a importância das relações entre os atores sociais vinculados às CTs e os atores governamentais para a ascensão do modelo das CTs no âmbito das políticas públicas.

Na pesquisa realizada para este artigo, ampliou-se a proposta de análise a fim de compreender a mobilização das federações de CTs no contexto nacional. Contudo, diante da pandemia do Covid-19, essa atuação também se reorganizou. Os eventos deixaram de ser presenciais e passaram a acontecer virtualmente através das mídias e redes sociais, principalmente através das *lives*, que são transmissões ao vivo pela *internet* a que quaisquer pessoas têm acesso. Nessas *lives*, participam de maneira síncrona os propositores do debate e a audiência, interagindo através de *chat*. Quando gravadas, as *lives* também podem ser vistas posteriormente. Assim, as federações de CTs, que já vinham tendo expressão no cenário brasileiro, deram continuidade às articulações políticas para garantirem o funcionamento¹⁹ e o financiamento de tais instituições, além de prosseguirem pressionando o Estado no que concerne às pautas pertinentes ao segmento. Desse modo, a mobilização nacional se expande e propõe ações aos

¹⁵ Marcello Doudement e Vinnie Nasser Mesquita da Conceição, “Frente Parlamentar em defesa das Comunidades Terapêuticas”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018), 167-186.

¹⁶ IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *Nota técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Brasília: IPEA, 2017).

¹⁷ Roberto Rocha Coelho Pires, “Um campo organizacional de Comunidades Terapêuticas no Brasil? Dos processos de convergência e suas implicações às clivagens emergentes”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018), 133-166.

¹⁸ John Cunha Comeford e Marco Otavio Bezerra, “Etnografias da política: uma apresentação da Coleção Antropologia da Política”, *Anál. Social*, no. 207 (abr. 2013): 465-489.

¹⁹ Portaria nº 340/2020 do Ministério da Cidadania, que “Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas”.

órgãos governamentais que beneficiam as CTs, permitindo a esses atores sociais colaborar no processo de “fazer Estado”²⁰.

As *lives* trazem assuntos relevantes às CTs, mas também funcionam como parte das estratégias de fortalecimento político perante o conflito com outras propostas de tratamento aos usuários de drogas. Durante a pandemia, tanto as demandas como as disputas levantadas pelas federações ficaram mais visíveis e se tornaram públicas. Nesse sentido, buscou-se acompanhar e analisar as *lives* realizadas pelas federações brasileiras de CTs entre abril e agosto de 2020 – compreendendo desde as primeiras *lives* realizadas até o período que permitisse a análise de dados para escrita deste artigo –, com o objetivo de compreender a mobilização política que vem sendo construída por esses representantes. Cabe mencionar que, após o período de pesquisa, algumas federações deram continuidade às *lives* até o final de 2020, ainda que com menor frequência.

O artigo está estruturado em três partes: a metodológica, explicitando o processo de registro dos dados através da etnografia das *lives* de CTs; a apresentação dos atores sociais vinculados às CTs que propõem e assistem essas *lives*; e as controvérsias estabelecidas entre as federações de CTs no debate público. Dessa forma, constrói-se o argumento para evidenciar as convergências, mas também as divergências, entre as federações que participam das discussões em defesa desse modelo na esfera das políticas públicas.

METODOLOGIA DE PESQUISA AO ETNOGRAFAR AS LIVES DE CTs

Diante do estudo do tema de doutorado²¹, foi possível a esta autora se aproximar e conhecer as questões relevantes do “mundo das CTs”, além de estabelecer contatos com interlocutores-chave vinculados às federações. Com as limitações geradas pela pandemia da Covid-19 e dado o caráter público dessas atividades, optou-se, então, por acompanhar a mobilização política desses atores sociais nas redes sociais e *lives*, apenas na posição de observadora, sem informá-los sobre essa nova pesquisa e sem interações durante as *lives*. Contudo, ressalte-se que, sem a realização da pesquisa etnográfica anterior, teria sido muito difícil acessar e compreender o que estava em jogo para esses atores no debate público.

Ao mesmo tempo, este estudo apoiou-se no referencial teórico da “antropologia digital”, que concebe como método de pesquisa a possibilidade de realização da etnografia no campo da cibercultura. A cibercultura não é um objeto em particular, mas um modo privilegiado de etnografar as relações entre humanos e não humanos²². A materialidade dos mundos digitais se constitui como parte do que nos faz humanos, tornando possível estudar, incorporar e analisar essa materialidade como dado de pesquisa²³.

²⁰ Antonio Carlos Souza Lima, “O estudo antropológico das ações governamentais como parte dos processos de formação estatal”, *Revista de Antropologia* 55, no. 2 (2012): 559-564.

²¹ Barroso, “Comunidades terapêuticas como política de Estado”.

²² Jean Segata, “Dos Cibernautas às Redes”, in *Políticas etnográficas no campo da cibercultura*, orgs. Jean Segata e Theophilos Rifiotis (Brasília: ABA Publicações, 2016; Joinville: Letradágua, 2016), 91-114.

²³ Daniel Miller e Heather A. Horst, “O Digital e o Humano: prospecto para uma Antropologia Digital”, *Parágrafo* 2, no. 3 (2015): 91-111.

Nesse sentido, também devemos “levar a sério o virtual”, uma vez que há um alto grau de investimento dos sujeitos nas relações estabelecidas através desse meio²⁴.

A cada *live* vista, foram levantados os assuntos abordados, os argumentos principais e os encaminhamentos a partir das falas dos mediadores e dos convidados para debate, além de algumas interações com o público na plataforma utilizada. Em seguida, o material foi categorizado e analisado a partir do software de análise NVivo, versão 11. Esse processamento foi importante para visualizar as categorias relevantes no panorama político atual e que envolve os atores sociais correlatos, os assuntos mais relevantes e as articulações políticas traçadas pelos representantes das CTs.

Para este estudo, acompanharam-se quatro federações de CTs de expressão nacional, que têm interações mais frequentes com o governo federal e que estavam produzindo as *lives* em tempos de pandemia. Foram analisadas trinta e seis *lives* promovidas por essas federações, em média três *lives* por semana, com duração média aproximada de duas horas, transmitidas nos canais de comunicação virtual, como *Facebook* e *Youtube*, todas divulgadas nas redes sociais. Estima-se que essas *lives* tenham tido ao todo, até a finalização do trabalho de campo, por volta de cem mil visualizações.

As federações acompanhadas foram: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), com *lives* semanais; Federação Nacional de Comunidade Terapêutica Espiritualidade e Ciência (FENACT), também com *lives* semanais; Cruz Azul no Brasil (Cruz Azul), com *lives* mensais; e Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), que realizou apenas uma *live*. Abaixo, explicita-se a quantidade de *lives* vistas de cada federação e os principais temas nelas abordados durante o período de análise.

Quadro 1. Mapeamento das *lives* etnografadas

Federação	Número de <i>lives</i>	Principais temas das <i>lives</i>
FEBRACT	20	Políticas públicas, financiamento público, legislações específicas, cotidiano das CTs, práticas dos profissionais em CTs, conhecimentos teóricos e práticos, definição de CT, questões sobre dependência química e espiritualidade.
FENACT	10	Políticas públicas, financiamento público, cotidiano das CTs, conhecimentos práticos, definição de CT e espiritualidade.
Cruz Azul	5	Políticas públicas, legislação, financiamento público e dependência química.
FETEB	1	Políticas públicas e legislação.

Fonte: Elaboração própria.

²⁴ Carolina Parreiras, “‘Não leve o virtual tão a sério’? – uma breve reflexão sobre métodos e convenções na realização de uma etnografia do e no on-line”, in *Etnografia, etnografias: ensaios sobre a diversidade do fazer etnográfico antropológico*, orgs. Daniela Moren Feriani, Flávia Melo da Cunha e Iracema Dullely (São Paulo: Annablume/Fapesp, 2011), 48-58.

OS ATORES SOCIAIS, SUAS FORMAS TRADICIONAIS DE ARTICULAÇÃO POLÍTICA E O PAPEL CONTEMPORÂNEO DA LIVES

A FEBRACT foi organizada em 1990 pelo padre Haroldo Rahm, que fundou a Fazenda do Senhor Jesus em Campinas, São Paulo, em 1978, junto com o professor e psicólogo Saulo Montserrat. Em seu *site* institucional²⁵, veem-se representações da federação em quase todos os estados, contando com duzentas e dezesseis CTs filiadas em todo o Brasil, sendo a maioria com vinculação católica e concentrada nas regiões Sudeste e Sul. Segundo a *live* sobre Programas Estaduais de Financiamento de Comunidades Terapêuticas²⁶ promovida por tal federação, desde 2013, a FEBRACT recebe financiamento estadual para monitorar cinquenta e seis CTs, sendo todas suas filiadas e vinculadas ao Programa Recomeço, da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo. Assim, a atuação no programa estadual possibilitou o desenvolvimento de uma *expertise* por parte da federação, que esta tenta difundir tanto para suas filiadas no restante do país, como nos estados que desejem adotar programa equivalente.

A FENACT era, anteriormente, a Federação do Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT) e, naturalmente, tem maior articulação nessas regiões do Brasil, onde conta com cento e trinta e três filiadas, conforme informado em seu *site* institucional²⁷. Essa federação foi iniciada em 2007 por Célio Barbosa, que se apresenta como um dependente em recuperação que realizou seu tratamento em CT²⁸. Ele também fundou a Fazenda da Paz, em Teresina, Piauí, em 1995 (uma instituição sem fins lucrativos, de inspiração cristã, que acolhe dependentes químicos objetivando a abstinência). Recentemente, o nome da federação foi modificado para, conforme explica o fundador em uma das *lives*²⁹, permitir agregar mais instituições nacionais e apontar que “fé” e “ciência” devem caminhar juntas no modelo das CTs. Essa federação conta com parceiros regionais, também gestores de outras CTs, que colaboram para difundir o trabalho realizado.

A Cruz Azul é uma organização cristã, trazida da Alemanha para o Brasil no ano de 1995. A sua fundação no país foi realizada pelo membro da diretoria da Cruz Azul Internacional, Hermann Hägerbäumer, e representantes das CTs Cruz Azul de Panambi, no Rio Grande do Sul, do Centro de Recuperação Nova Esperança CERENE, de Blumenau e Palhoça, em Santa Catarina, e RENASCER de Ituporanga, em Santa Catarina. Um dos seus braços também é a atuação como federação nacional de CTs, visando orientar as instituições voltadas para o atendimento de usuários de drogas. Seu escritório fica em Blumenau, Santa Catarina, e tem dezenove instituições filiadas, concentradas na região Sul do Brasil, com algumas filiadas

²⁵ O *site* institucional da FEBRACT está disponível em <https://febract.org.br/>. Para a obtenção do número de filiadas, o *site* foi acessado em 13 de fevereiro de 2021.

²⁶ Essa *live* foi realizada em 28 de maio de 2020, acessada em 28 de maio de 2020, https://www.youtube.com/watch?v=u6SXT9Zu_Xw&t=18s.

²⁷ O *site* institucional da FENACT está disponível em <https://www.fenact.com/>. Para a obtenção do número de filiadas, o *site* foi acessado em 13 de fevereiro de 2021.

²⁸ Nessa *live* apresenta-se o trabalho das CTs, discute-se sobre a importância da espiritualidade, os desafios dos contextos estaduais com novas normas, os avanços da política e a reinserção social. Além disso, Célio parte de sua história de vida para falar sobre como as instituições devem se organizar para atender novos usuários. Essa *live* foi realizada em 29 de julho de 2020, acessada em 29 de julho de 2020, https://www.youtube.com/watch?v=TY_niyVqtag.

²⁹ Esta discussão apareceu na *live* da FENACT de 5 de agosto de 2020. Esta *live* está disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=j7VFkb8zx58>. Acesso em 5 de agosto de 2020.

no Nordeste, de acordo com o *site* institucional³⁰. Trata-se de uma federação com poucos filiados, sendo criteriosa no processo da filiação. Os representantes que encabeçam essa federação atuam na área do direito, o que facilita o esclarecimento sobre questões legais e a proposição de novas normativas que amparam as CTs em âmbito nacional.

A FETEB foi fundada em 1995 pelo pastor Galdino Filho, do Desafio Jovem de Brasília, Distrito Federal, e pelo pastor Edmundo Chaves, vinculado à instituição Esquadrão da Vida de Bauru, São Paulo. Essa federação conta com representações nas cinco regiões do país e as instituições filiadas estão espalhadas por todo o território nacional. Todavia, diferentemente das outras federações, esta não divulga claramente a quantidade das suas filiadas em seu *site* institucional³¹. Como foi explicitado em uma das *lives*³², as CTs filiadas são de menor porte e têm grandes dificuldades para se adequarem aos critérios dos editais de financiamento público, uma vez que carecem de recursos financeiros para ampliar a infraestrutura, contratar mais profissionais e regularizar suas instituições. O *slogan* da federação é “fé e unidade para servir”, e há uma grande proximidade com a realização do trabalho das igrejas evangélicas, sendo que algumas das CTs filiadas começaram seu trabalho no próprio terreno de igrejas, geralmente no pátio dos fundos.

Para a filiação, as CTs geralmente recebem uma visita da equipe da federação, que passa a conhecer o trabalho e assessorar a instituição. Em contrapartida, as instituições realizam pagamento anual para a manutenção da sua filiação. Todas essas federações dão suporte às instituições que lhes são filiadas, promovem capacitações dos dirigentes e de profissionais da área e participam da construção de políticas públicas nas esferas nacional, estadual e local. Além disso, cumpre salientar que a escolha da federação para filiação de uma CT perpassa relações sociais, questões regionais e crenças religiosas, podendo uma dessas motivações ser mais preponderante que outra. Assim, ainda que a FEBRACT tenha sido fundada por um líder católico, tem como filiadas CTs evangélicas; a Cruz Azul, que tem maior capilaridade no Sul do país, também conta com CTs filiadas do Nordeste – tais fatos demonstram que não há homogeneidade no entendimento de suas relações políticas e institucionais. Em um contexto de pandemia, cada federação tem promovido suas *lives*. Alguns representantes dessas federações circulam pelas *lives* de outras, como aqueles da Cruz Azul, que participam do debate em *lives* da FEBRACT com esclarecimentos sobre a legislação, ou mesmo participando como ouvintes, parabenizando as *lives* por meio do *chat*. Evidenciar as peculiaridades de cada uma das federações é relevante para se compreender seus posicionamentos sobre o modelo das CTs, mas também é importante percebê-las atuando em conjunto para a ampliação de sua mobilização política nacional.

As federações já realizavam articulações nos níveis estadual e municipal, tendo se reunido em 2011, em Teresina, Piauí, para formularem a Carta do Piauí³³, a qual definia demandas, argumentos e acordos para a articulação política no âmbito nacional. Em 2012, foi criada formalmente a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), com as federações já citadas e mais duas outras –

³⁰ O *site* institucional da Cruz Azul está disponível em <http://www.cruzazul.org.br/>. Para a obtenção do número de filiadas, o site foi acessado em 13 de fevereiro de 2020.

³¹ O *site* institucional da FETEB é <https://feteb.org.br/>, acessado em 13 de fevereiro de 2020.

³² Essa foi a única *live* da FETEB no período analisado, em que se discutiram drogas e pandemia, tendo sido realizada em 22 de junho de 2020 e acessada em 22 de junho de 2021, https://www.facebook.com/watch/live/?v=608352809795035&ref=watch_permalink.

³³ Esse documento está disponível na sexta lâmina de uma apresentação em *Power Point* da CONFENACT, acessado em 13 de fevereiro de 2021, <http://www.confenact.org.br/wp-content/uploads/2016/08/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-CONFENACT-Constru%C3%A7%C3%A3o-do-Marco.pdf>.

a Fazenda da Esperança³⁴ e a Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Católicas (FNCTC)³⁵ –, a fim de buscar reconhecimento social e financiamento federal para a modalidade de tratamento promovida pelas CTs. O lema dessa articulação reforçava que “Nenhum de nós é tão bom quanto todos nós juntos”. Cabe enfatizar que, no Brasil, apesar de haver inúmeras federações, tem-se apenas uma confederação.

Essa união, através dos processos de institucionalização, fortaleceu o campo organizacional das CTs frente ao Estado e incitou convergências entre as federações³⁶. Em seu trabalho, Pires se baseia no conceito de campo organizacional de DiMaggio e Powell³⁷, que é um constructo da teoria neoinstitucionalista, para refletir sobre as organizações que partilham elementos comuns e se homogeneízam. Pauta-se também por Fligstein e McAdam³⁸ para trazer a ideia de campos de ação estratégica, na qual “campos” são entendidos como arenas socialmente construídas, compostos por atores individuais e coletivos que buscam vantagens para sua área de interesse. Nesse sentido, as federações são atores coletivos que têm entendimentos compartilhados sobre o campo, dispostos a avançar suas pautas diante do Estado, ao mesmo tempo em que estão sujeitos a conflitos entre seus membros, produzindo mudanças no direcionamento do campo.

De modo geral, a atuação em nível federal aproximou os representantes das federações, unificou as demandas das CTs e suas forças políticas, estabeleceu pontes com atores governamentais que conhecem e/ou apoiam o trabalho das instituições, buscou recursos públicos federais e questionou a legislação existente. Assim, esses atores sociais constituíram um campo organizacional das CTs, visando fortalecer sua modalidade de tratamento como parte dos serviços oferecidos aos usuários de drogas pela rede pública. E, de fato, a união dessas entidades, a partir da confederação nacional, tem permitido conquistas nacionais significativas para as CTs nesses quase dez anos: reconhecimento social, adequação do aparato legislativo³⁹ a seus interesses e acesso a recursos financeiros⁴⁰.

As convergências entre federações tiveram concretude no estabelecimento de parâmetros mínimos sobre as características e os princípios das CTs, o que permitiu que se aproximassem do diálogo com o Estado. Essas convergências se dão através de um padrão terapêutico comum no campo organizacional, buscando um caminho mais seguro e socialmente aceitável⁴¹. Ao mesmo tempo, o alinhamento entre os membros nos campos organizacionais, como no caso da criação de parâmetros padronizados, pode ser decorrente de pressões isomórficas, também relativas à aproximação com o Estado, que conecta

³⁴ A Fazenda da Esperança foi fundada pelo frei Hans Stapel, franciscano da Ordem dos Frades Menores, em Guaratinguetá, São Paulo, em 1979, e também funciona como federação e tem setenta e oito filiais. Seu *site* institucional é <https://www.portalfazenda.org/>, acessado em 13 de fevereiro de 2021.

³⁵ Essa federação foi criada pela Pastoral da Sobriedade em 1997, pelo dom Irineu Danelon, em Lins, São Paulo, inicialmente com o nome de Associação Nacional de Comunidades Terapêuticas e Instituições Afins (ANCTC). Tem noventa e três filiais, de acordo com seu *site* institucional, acessado em 13 de fevereiro de 2021, <http://www.sobriedade.org.br/>.

³⁶ Pires, “Campo organizacional de Comunidades Terapêuticas”, 133-166.

³⁷ Paul DiMaggio e Walter Powell, “The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields”, *American Sociological Review*, vol. 48 (1983), 147-160.

³⁸ Neil Fligstein e Doug McAdam, *A theory of fields* (New York: Oxford University Press, 2012).

³⁹ Para um estudo mais aprofundado sobre o arcabouço normativo das CTs, ver o artigo de Noelle Resende nesta série.

⁴⁰ O artigo de Renata Weber publicado nesta série apresenta um panorama de financiamento das CTs no Brasil.

⁴¹ Pires, “Campo organizacional de Comunidades Terapêuticas”, 133-166.

organizações em suas semelhanças a fim de estabelecerem uma unidade⁴². Assim, nos parâmetros mínimos, que estão no estatuto da CONFENACT, torna-se explícita a existência de certa unidade entre as federações. Em tal documento está acordado que o trabalho em CT envolve: 1) espiritualidade, 2) acolhimento voluntário, 3) convivência entre os pares, 4) caráter residencial, 5) trabalho terapêutico, 6) critérios do acolhimento definidos por Projeto Terapêutico, 7) conhecimento do programa da instituição e 8) não discriminação.

Essa definição é importante – e estratégica – para buscarem se contrapor às instituições não regularizadas⁴³, que realizam internação compulsória e impõem regras mais autoritárias aos residentes, sendo acusadas de violação dos direitos humanos^{44,45,46}. Como expressou um dos representantes da FENACT em uma *live*, esses parâmetros mínimos permitiriam separar o “joio do trigo”, evidenciando quem são as verdadeiras CTs, em oposição às falsas CTs, a partir de critérios acordados entre as federações⁴⁷. Essa separação não é automática e decorre de um esforço dos representantes de CTs para que as instituições, filiadas ou não, se atualizem e se ajustem às novas normas e se adequem aos critérios previstos também pelos entes governamentais. Posteriormente, esses acordos documentados viriam a embasar a criação da Resolução 1º/2015 do CONAD, que regulamentou o funcionamento das CTs junto aos órgãos públicos⁴⁸. Ainda assim, a operacionalização de certas características das CTs é questionada por alguns representantes de federações e teria potencial de gerar arbitrariedades na prática, o que coloca em conflito esses atores, como se verá adiante.

Os próprios representantes das federações formulam as pautas das *lives* e mediam os debates. São chamados para participar dessas *lives*: “dinossauros”, que são os dirigentes ou profissionais de CTs com ampla atuação na área, na maioria das vezes “adictos em recuperação”⁴⁹, que realizaram seu tratamento em CTs; especialistas, que são profissionais da área de tratamento de usuários de drogas vistos como conceituados pelos atores vinculados às CTs (como médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, entre outros); e gestores, tanto de órgãos governamentais (dos níveis federal e estadual) como de conselhos de políticas públicas. Cabe destacar que os especialistas e gestores

⁴² DiMaggio e Powell, “Institutional Isomorphism”, 147-160.

⁴³ Não se tem um número aproximado de CTs não regularizadas no Brasil, já que essas regularizações devem ser feitas anualmente pelos municípios onde se encontram as instituições. Entretanto, aquelas que recebem financiamento público e a grande maioria das CTs filiadas nas federações nacionais de CTs estão regularizadas.

⁴⁴ Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, *Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuáries(os) de drogas no estado de São Paulo: Mapeamento das violações de direitos humanos* (São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016).

⁴⁵ Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Ministério Público Federal, *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas* (Brasília: CFP, 2018).

⁴⁶ O artigo de Jardel Fischer Loeck, também publicado nesta série, analisa a questão regulatória sob a perspectiva da ANVISA.

⁴⁷ Barroso, “Comunidades terapêuticas como política de Estado”.

⁴⁸ Resolução nº 1/2015 do CONAD, que “Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas”.

⁴⁹ “Adicto em recuperação” é o termo utilizado pelos interlocutores para expressar seu entendimento de que usuários de drogas permanecem sempre em situação de tratamento, mesmo quando finalizam sua estadia em CTs, evidenciando o entendimento deles de que o uso de drogas é uma “doença” que “não tem cura”. Optamos por utilizá-lo neste artigo para refletir de forma fidedigna seu uso pelos interlocutores nas *lives*.

convidados têm simpatia, de alguma maneira, pelo modelo promovido pelas CTs, sendo que expor essa parceria entre eles na cena pública confere ainda mais credibilidade ao modelo.

As plataformas *online* em que são transmitidas as *lives* permitem uma interação limitada com o público, mas têm algum impacto na discussão ao vivo, seja na realização de perguntas que são selecionadas pelos mediadores, seja nos comentários diversos que, inclusive, podem ser críticos ao modelo. Através da participação no *chat* das *lives*, identificou-se que, de modo geral, quem lhes assiste são dirigentes, profissionais e apoiadores de CTs, “adictos em recuperação” e seus familiares, que veem nesses debates uma maneira de se informar, aprender e se atualizar sobre o assunto das CTs. Nas *lives* da FEBRACT, alguns representantes de instituições registraram no *chat* estarem assistindo junto com os acolhidos, como parte das atividades desenvolvidas na CT. No entanto, também assistem às *lives* atores sociais contrários ao tratamento de usuários de drogas em CTs, que se expressam nos *chats* repudiando este modelo.

As *lives* expõem o debate público relacionado às CTs e a transmissão feita ao vivo normalmente fica gravada na plataforma. Das *lives* acompanhadas nesta pesquisa, a grande maioria se encontra ainda à disposição nas plataformas *online*s. Trata-se, então, de uma cena pública, construída para apresentar o trabalho desenvolvido pelas CTs, atualizar os profissionais de CTs sobre novas informações na área e reforçar a mobilização política na defesa do modelo de CTs. Durante as *lives*, as instituições são convidadas a se filiarem às federações, são oferecidos cursos de capacitação para profissionais de CTs e também são apresentados outros produtos disponibilizados pelas federações, como livros, revistas e manuais.

A própria capilaridade das federações, nas diversas regiões do país, facilita a aproximação dos interessados durante as cenas públicas. Por um lado, os eventos presenciais mobilizavam localmente e facilitavam o estabelecimento de vínculos informais entre atores através do contato face a face que permite maior comprometimento à causa. As *lives*, por outro lado, ampliam o alcance de participação de gestores e trabalhadores de CTs de todo o território brasileiro, tendo sido observadas até participações de pessoas em outros países na América Latina e Europa. Essa mobilização política agrega novos atores individuais e coletivos para o campo organizacional das CTs, dando maior visibilidade à defesa do modelo promovido por tais instituições.

As cenas públicas e as controvérsias estabelecidas entre as federações de CTs

As *lives* com participação dos gestores governamentais foram amistosas e funcionaram como forma de pressão política em defesa da CTs. Algumas perguntas giraram em torno dos critérios para a participação nos certames relativos aos editais públicos, da necessidade do aumento de valores mensais para o financiamento de vagas em CTs e da importância de novas normas que assegurassem e ampliassem o trabalho nas instituições. Em contrapartida, os gestores governamentais justificavam seus esforços por meio das ações de políticas públicas que estavam realizando em sua gestão, como os editais para financiar vagas em CTs e as portarias para regulamentar e dar segurança jurídica às instituições. Além disso, explicitavam a compreensão do ponto de vista dos gestores de CTs e mostravam-se disponíveis para o debate. Assim, a aliança entre as federações e esses gestores resulta no fortalecimento do campo organizacional das CTs, possibilitando gerar novas propostas de políticas públicas.

As intervenções em algumas *lives* tornaram o debate mais acalorado, evidenciando a disputa na proposta de tratamento para usuários de drogas entre CAPS e CTs. Na *live* sobre a regulamentação do

atendimento de adolescentes em CTs, realizada pela Cruz Azul⁵⁰, havia manifestações no *chat* questionando uma resolução publicada⁵¹: “Não é o caso de investir nos CAPS?”, “Cadê a assinatura do CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente)?”, “Estão querendo enclausurar os jovens!”, “Isso é um retrocesso!”, etc. Para deslegitimar esses comentários e apoiar o trabalho realizado pelas CTs, o representante da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), do Ministério da Cidadania, que participou da elaboração da resolução, inflama o debate ao enfatizar que tais críticas são de representantes de “grupos políticos ideológicos”⁵² que se beneficiavam anteriormente do investimento público nos CAPS. Para justificar a ascensão das CTs, ele ainda reforça que não haverá mais “ofertas monotemáticas” para o tratamento de usuários de drogas, como entende que acontecia antes de sua gestão, reforçando o aumento do número de editais e portarias nhoque beneficiem o modelo de CT. Ao dar ênfase ao investimento em CTs, como parte da pluralidade de serviços ofertados pela rede pública no tratamento de drogas, e reforçar a contraposição dos modelos de tratamentos entre CAPS e CTs, o posicionamento do ator governamental se alinha ao dos representantes das federações, compondo, ele também, o campo organizacional das CTs.

Apesar do esforço de articulação de uma unidade conjuntural e política entre as federações de CTs, que estabelecem convergências e consensos na defesa do modelo, há também, na cena pública, dissensos entre os próprios representantes, que também se explicitam durante as *lives* analisadas. Quanto mais o modelo de CTs se aproxima do Estado e integra as políticas públicas, mais o debate se acirra entre as federações, revelando a heterogeneidade do campo. Nesse sentido, o campo organizacional das CTs apresenta isomorfismos, mas também é local de contestação, de conflito e de concorrência, em que há relações de forças e de lutas internas, num contínuo movimento histórico^{53,54}. Os atores e seus posicionamentos podem variar, fazendo-os ocupar novas posições e orientações dentro do campo. Desse modo, durante a pandemia, alguns dissensos entre as federações se elucidaram nas cenas públicas.

Religião, espiritualidade e os momentos devocionais

O primeiro desses dissensos refere-se ao exercício prático da espiritualidade nas CTs. Alguns estudos já enfatizaram a importância da espiritualidade no tratamento de usuários de drogas, principalmente para a manutenção da abstinência⁵⁵. As federações estão de acordo que esta é uma das ferramentas mais

⁵⁰ Essa *live* aconteceu em 29 de julho de 2020 com a participação de Damares Alves, Ministra do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, do Dr. Quirino Cordeiro, representante da SENAPRED e da Diretora Nacional da SENAPRED, acessada em 29 de julho de 2020, https://www.youtube.com/watch?v=47q8_DFbZcM.

⁵¹ Resolução nº 3/2020 do CONAD, que “Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.”

⁵² Essa alcunha tem sido utilizada na sociedade contemporânea em tom acusatório para deslegitimar os opositores, sugerindo que os direcionamentos das políticas públicas eram realizados em benefício dos próprios interesses. Quem acusa também visa se afastar dessa alcunha como se houvesse maior neutralidade em sua posição; entretanto, cada ator social está envolto pelas suas crenças, motivações e seus interesses tanto quanto o grupo acusado.

⁵³ Pierre Bourdieu e Loïc Wacquant, *An Invitation to Reflexive Sociology* (Chicago/Cambridge: University of Chicago Press, 1992).

⁵⁴ Pires, “Campo organizacional de Comunidades Terapêuticas”, 133-166.

⁵⁵ Renata Barreto Fernandes de Almeida et al., “O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack”, *Interface (Botucatu)* 22, no. 66 (2018): 745-756.

relevantes no tratamento dos usuários de drogas, no âmbito do modelo de CTs. Na *live* da FENACT⁵⁶ enfatiza-se, de modo geral, que a “dependência química é uma doença do corpo, mas também da alma, que se esvazia com o uso de drogas”. Desse modo, a espiritualidade visaria preencher a alma do indivíduo, dando-lhe forças para seguir sua vida em sobriedade. Apesar desse entendimento comum entre as federações de CTs, há divergências sobre como a espiritualidade deve ser praticada no interior das instituições.

No Brasil, as religiões têm um papel importante nas ações de caridade com pessoas estigmatizadas, como os usuários de drogas. Não à toa, as primeiras CTs brasileiras surgiram por meio de líderes religiosos, com ajuda financeira das organizações aos quais seus líderes se vinculavam, sendo até uma extensão do aparato religioso construído. A religião promove a abstinência, mas também oferece recursos sociais aos indivíduos⁵⁷, o que tem sido destacado por atores vinculados às CTs ao pautar a falta de políticas públicas adequadas. Contudo, em um Estado laico, como estabelece a Constituição Federal brasileira, o financiamento público de instituições não governamentais é possível, desde que os respectivos beneficiários não sejam obrigados a praticar alguma religião⁵⁸.

Conforme a pesquisa do IPEA⁵⁹, mais de 80% das CTs têm alguma orientação religiosa, e as que afirmam não ter religião revelam praticar a “espiritualidade”. Muitas dessas instituições dispõem de momentos devocionais, seja através de ações cotidianas, como rezar antes das refeições, seja por atividades específicas de seu cronograma. O debate pungente nas *lives* estava em torno da obrigatoriedade de participação dos “acolhidos” nesses momentos proporcionados pelas instituições, já que a participação das CTs em convênios com órgãos públicos pressupõe a não imposição religiosa.

A preferência pela categoria “espiritualidade”, em vez de “religiosidade”, por parte dos atores sociais, busca evidenciar a interioridade dos sujeitos, mas também se desvencilhar de uma identificação direta e evidente dos dogmas institucionais relacionados às religiões⁶⁰. Essa também é uma estratégia para a aceitação dos órgãos públicos da participação das CTs junto à rede de serviços públicos. Por tal razão que as federações destacam o termo “espiritualidade” nos documentos acordados entre si, como na Carta de Piauí, e em documento legais, como a Resolução nº 1/2015 do CONAD. Todavia, na operacionalização desse elemento do modelo, torna-se evidente como o “religioso” está posto como parte do tratamento dos usuários de drogas.

Parcela dos representantes da FEBRACT vê como positivo o fato de algumas instituições oferecerem atividades alternativas, caso o “acolhido” não queira participar do momento devocional⁶¹. As próprias CTs vinculadas ao Programa Recomeço passaram a agir dessa forma, por conta das negociações de financiamentos públicos com atores governamentais estaduais. Gestores de CTs filiadas que implantaram essa ação dizem, nas *lives*, que são desafiados a fazerem atividades devocionais mais

⁵⁶ Essa *live*, realizada 24 junho de 2020, conta com gestores de CTs falando sobre ciência e espiritualidade. Acessado em 24 de junho de 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=3yr2FcmoQGU>.

⁵⁷ Zila van der Meer Sanchez e Solange Aparecida Nappo, Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev. Saúde Pública* 42, no. 2 (São Paulo: 2008), 265-272.

⁵⁸ Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

⁵⁹ IPEA, *Nota técnica nº 21*.

⁶⁰ Rosa Virgínia Melo, “Crack: doença e família na lógica da ajuda mútua”, in *Crack e exclusão social*, org. Jessé Souza (Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016).

⁶¹ Essa discussão ocorreu na *live* realizada em 28 de maio de 2020, acessado em 28 de maio de 2020, https://www.youtube.com/watch?v=u6SXT9Zu_Xw&t=18s.

atrativas para os acolhidos e que, ao serem convidados, a grande maioria termina escolhendo delas participar.

Outro profissional de CT filiada afirma que a espiritualidade está relacionada à valorização e ao otimismo diante da vida, e não precisa estar restrita a um momento específico do cotidiano da CT. Ele reforça também que há quem use o termo “espiritualidade”, em algumas CTs, para mascarar a religião e que não dá para ser mais “reza e enxada”⁶². Assim, a proposta de atividade alternativa representaria parte das mudanças que as CTs devem fazer para se aproximarem mais do Estado.

O representante da FENACT, no entanto, afirmar discordar dessa concessão em uma das *lives*⁶³. Para ele, a proposta da atividade alternativa faria com que os “acolhidos” não participassem dos momentos devocionais, interferindo – e atrapalhando – no tratamento da sua “doença”, na esfera da instituição. A explicação para esse entendimento parte do testemunho sobre seu próprio tratamento em CT: “o último lugar que o dependente químico quer estar é no encontro com Deus”. Nesse sentido, é explicitado que não se pode negociar esse ponto com o Estado, já que a atividade alternativa seria como “tirar Deus da CT”, descaracterizando o modelo proposto.

Para se resguardar da acusação de imposição religiosa, o representante da FENACT afirma que, na admissão do “acolhido”, todo o programa deve ser apresentado, cabendo-lhe decidir se o aceita ou não, na hora de sua entrada, conforme previsto na RDC nº 29/2011 da ANVISA⁶⁴. Ademais, propor atividades alternativas exige a contratação de mais profissionais na instituição e a estruturação dos espaços físicos, encarecendo as despesas. Por fim, ele ressalta publicamente que “não é a CT que tem de se adaptar, e sim a pessoa”, demarcando seu posicionamento em relação à orientação diversa de outras federações.

Nas várias *lives* realizadas por essa federação, esse mesmo ator questionava os convidados: “o que significa Deus para você? Você tiraria a espiritualidade das CTs para receber financiamento público?”. Os profissionais de CTs destacavam a importância de Deus em suas vidas, às vezes como testemunho sobre o seu próprio “despertar espiritual”, às vezes reconhecendo os ganhos do “encontro com Deus” na vida dos acolhidos. Em relação ao financiamento público, eles dizem que não deixariam de lado a espiritualidade para receber essa verba. Um deles afirma: “Já enfrentei muitos problemas sem financiamento, então não aceitaria financiamento se precisasse mudar isso na CT”. Outro argumento se dá a partir do seu próprio testemunho: “Deus renovou esse vaso”⁶⁵ para ajudar as CTs. Temos de ter coragem e não tirar a espiritualidade!”.

⁶² Essa fala foi expressa durante a *live* sobre dependência química no universo feminino promovida pela FEBRACT em 7 de maio de 2020, acessado em 7 de maio de 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=2yfl48EFsM4>.

⁶³ Essa *live* foi promovida pela FENACT em 5 de agosto de 2020, a fim de discutir o tema da espiritualidade nas CTs. Acessado em 5 de agosto de 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=j7VFkb8zx58>.

⁶⁴ RDC nº 29/2011 da ANVISA, que “Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”.

⁶⁵ Há uma passagem bíblica em que o oleiro modela um vaso quebrado, tornando-o novo. A parábola sugere que Deus faz o mesmo que o oleiro, modelando as pessoas para se tornarem novas. No caso do argumento apresentado, Deus renovaria as pessoas também para colaborar no trabalho do modelo de CT.

Na *live* da FETEB⁶⁶ também é evidenciado que “Não se deve abrir mão de Deus por dinheiro nenhum!”. Os seus representantes, ao tratarem da questão mais ampla da espiritualidade, esclarecem para os gestores de CTs não filiadas que estes “precisam se organizar e tirar esse tabu, pois hoje pode haver posicionamento religioso e ao mesmo tempo atender às exigências dos órgãos governamentais”.

Essa disputa sobre como operacionalizar a espiritualidade nas instituições conveniadas com o Estado remonta ao problema da secularização na modernidade⁶⁷, em que cabe questionar o que é secular e o que é religioso. O próprio Estado brasileiro, embora oficialmente comprometido com princípios da laicidade, traz a presença da religião em sua estrutura⁶⁸, de modo que, cada vez mais, ficam evidentes as imbricações e porosidades na relação entre esses dois domínios. Sendo assim, quando Deus é convocado para o debate público, no processo de institucionalização das CTs, percebe-se que a religião está em uma zona ambígua entre o secular e o religioso. Logo, no discurso sobre a operacionalização da espiritualidade, também se tensionam essas fronteiras e colocam-se as federações como concorrentes na negociação com o Estado, no que concerne a esse ponto. Assim, os discursos nas cenas públicas elucidam as lutas dos atores vinculados às CTs, nas suas relações com o Estado, pressionando esses limites, a fim de obterem financiamento público sem perderem o que julgam ser a essência das CTs.

Tensão entre a fé e a lógica técnico-científica

Outra questão polêmica entre as federações é a incorporação da lógica técnico-científica no cotidiano das CTs. Essa lógica perpassa a reestruturação e a capacitação da equipe, a revisão das práticas de tratamento dos acolhidos e o embasamento técnico-científico para o modelo de CTs. Tradicionalmente, as CTs brasileiras têm, como principal força de trabalho, “dependentes químicos em recuperação”, que conduzem o tratamento dos acolhidos a partir da sua própria experiência de manutenção da sobriedade, apreendida em CTs. Contudo, com a aproximação das CTs da burocracia do Estado, através dos convênios públicos, o modelo precisou se modernizar e se adequar às normas impostas pelos poderes públicos, a fim de garantir respaldo legal para o funcionamento das instituições. Assim, a RDC ANVISA nº 29/2011⁶⁹ exige responsável técnico de nível superior, com substituto com a mesma qualificação, mas não estabelece requisitos específicos para os demais trabalhadores das CTs.

De qualquer forma, as federações de CTs têm estimulado suas filiadas a comporem a equipe das instituições com profissionais de nível superior, visando a qualificação do tratamento dos usuários de drogas. Leva-se em consideração a experiência dos “dependentes químicos em recuperação” – chamados de “monitores” nas CTs –, mas também se aplica a técnica dos profissionais de saúde, geralmente médicos, psicólogos, assistentes sociais, que colaboram no direcionamento de aspectos do tratamento. Além disso, são oferecidos cursos e capacitações aos monitores, gestores e profissionais de CTs, pelas próprias federações, que apresentam a linguagem mais técnica a ser incorporada pelo modelo de CTs⁷⁰ - o que contribui para a melhor compreensão dos conhecimentos científicos disponíveis

⁶⁶ Essa *live* foi a única realizada por essa federação, em 22 de junho de 2020. Acessado em 22 de junho de 2020, https://www.facebook.com/watch/live/?v=608352809795035&ref=watch_permalink.

⁶⁷ Talal Asad, “Genealogies of Religion”, in *Discipline and Reasons of Power in Christianity and Islam* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993).

⁶⁸ Emerson Giumbelli, “A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil”, *Relig. soc.*, vol. 28, no. 2, 2008, 80-101

⁶⁹ RDC nº 29/2011 da ANVISA.

⁷⁰ Barroso, “Comunidades terapêuticas como política de Estado”.

sobre o uso de drogas, para a conformação de uma padronização de atuação e para a conciliação das práticas institucionais às exigências estatais, além de propiciar o diálogo com outros profissionais da rede pública de serviços. Assim, as federações estão de acordo sobre a importância de aproximar “fé e ciência”, sabendo que essa modernização implica custos adicionais e modificações do programa terapêutico nas CTs. Tais entidades divergem, porém, quanto à velocidade de implementação desse passo.

A FEBRACT enfatiza a importância dos profissionais de nível superior, sugerindo, assim, que se abandone a “palpitolândia”, concentrando-se em informações técnicas e científicas para o tratamento dos usuários de drogas dentro das CTs⁷¹. O argumento reverberado pelos seus representantes era de que “temos de estudar, com base na ciência, para poder tomar decisões dentro da CT com mais tranquilidade”.

Mais da metade das *lives* da FEBRACT focaram em atualização das práticas dos profissionais dentro das CTs. Os temas discutidos foram: prevenção ao abandono do tratamento; dependência química no universo feminino; prevenção e manejo da recaída; treinamento de “habilidade sociais”⁷²; atualização dos “Doze Passos”; questões sobre sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); assembleias nas instituições e tratamento durante a pandemia do Covid-19. Novas práticas foram propostas pelos representantes dessa federação, tais como: autorização para o uso do celular entre os acolhidos; prevenção do abandono nas CTs; manejo mais flexível da recaída; maior horizontalidade entre acolhidos e profissionais nas CTs; critérios sanitários mais rígidos dentro das instituições; cuidado nos atendimentos de transexuais e travestis; adequações técnicas para o atendimento do acolhido; enfoque no registro das informações dos acolhidos; flexibilização das visitas familiares; diferentes possibilidades de saídas dos “acolhidos” das instituições; aumento da intolerância em relação ao tabagismo; encaminhamento dos acolhidos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entre outros.

Algumas discussões pareciam avançadas para o modelo de CT e ainda chocavam o público a elas vinculado, que perguntava no *chat* como implantar todas essas mudanças sem perder o controle da CT, como disciplinar o acolhido sem puni-lo, etc. Tradicionalmente, o modelo de CT se baseava na punição dos indivíduos para que eles se ajustassem às regras institucionais⁷³, mas essas premissas estavam sendo revistas pelas federações, uma vez que havia inúmeros casos de excessos praticados nas instituições denunciados aos órgãos públicos. Essa mudança na maneira de se relacionar com o *acolhido* também favorecia a adequação proposta para a instituição receber financiamento público.

Durante as *lives* da FEBRACT, foram mencionados teóricos da psicologia e da psicanálise⁷⁴ e até instituições de renome, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) para legitimar alguns aspectos do tratamento dos usuários a partir das CTs. A partir da

⁷¹ Essa discussão ocorreu na *live* promovida pela FEBRACT sobre conceituação, manejo e prevenção da recaída em 14 de maio de 2020. Acessado em 14 de maio de 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=nC5DcdLxz6s>.

⁷² Almir Del Prette e Zilda Del Prette, *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo* (Petrópolis: Vozes, 2001). Segundo Del Prette e Del Prette, as habilidades sociais envolvem reações comportamentais possíveis a partir dos estímulos ou situações sociais em diversos contextos do cotidiano.

⁷³ George De Leon, *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*, 5ª ed. (São Paulo: Loyola, 2014).

⁷⁴ Entre eles, foram citadas obras como as de Sigmund Freud, Carl Jung, Donald Winnicott, Carl Rogers, Gordon Alan Marlatt. Por exemplo, utilizou-se Carl Rogers para tratar de empatia; Gordon Alan Marlatt, para terapia cognitivo-comportamental; Jung, como um apoiador da participação em grupos de mútua ajuda etc.

pesquisa do IPEA⁷⁵, tem-se que, entre os profissionais de ensino superior, são os da psicologia que se destacam nos quadros, com uma média de um profissional por instituição pesquisada, justificando as referências trazidas em algumas *lives*. Ademais, a experiência de um dos representantes da federação foi valorizada na *live* proposta pela FEBRACT, uma vez que fez tratamento em CT, fundou uma CT, era psicólogo, dedicou seus estudos de pós-graduação para “provar a eficácia das CTs” e tinha um cargo de coordenação geral em tal federação. No entanto, quando ele adotou uma postura heterodoxa em relação ao uso de ibogaína⁷⁶ como forma de tratamento para a dependência de drogas, elaborando uma linguagem mais técnica nessa argumentação, foi desligado da federação. Essa situação demonstra também os limites impostos pela própria FEBRACT para a incorporação de certos saberes técnico-científicos às práticas das CTs ao favorecer determinados autores, como Ronaldo Laranjeira⁷⁷, em detrimento de outros, demonstrando que há também controvérsia no campo científico.

As demais federações (FENACT, Cruz Azul e FETEB) usaram as *lives* para apresentações resumidas do trabalho das CTs que lhes são filiadas, para a divulgação dos novos critérios de acolhimento em CTs em tempos de pandemia do Covid-19, e para a discussão de questões políticas e legislativas relevantes para as CTs. Valeram-se, para tanto, mais dos “dinossauros”⁷⁸ das CTs, como dirigentes e profissionais de CTs, e gestores, tanto dos órgãos públicos como dos conselhos de políticas públicas, e menos de especialistas que não tivessem relação direta com o trabalho em CTs. As práticas dos profissionais nas CTs foram trazidas no relato dos participantes, mas não eram objeto de grande reflexão e problematização.

O representante da FENACT fez diversas *lives* com gestores de CT e, quando apresentava os participantes, reforçava para o público: “Essa CT é *top*! Eles trabalham recuperando pessoas!”. Mas não entrava em detalhes sobre a que, exatamente, se referia esse critério. Apenas mencionava que muitas instituições passaram por um processo de modernização para participar de certames relativos a editais de convênios públicos. Ao mesmo tempo em que reconhece esse esforço, ele parece colocar as questões técnicas em segundo plano, como quando afirma que “O técnico é muito bom, mas é fundamental ter amor!”. E também: “Na nossa perspectiva, a ciência é para servir o homem, e não o homem servir a ciência e perder a essência das relações”⁷⁹. Nesse sentido, evidencia-se uma oposição entre a “frieza” da técnica – conhecimento – e o “calor” das relações humanas – a experiência vivida – como se, para ele, essas fossem pouco conciliáveis no âmbito do modelo de CTs.

⁷⁵ IPEA, *Nota técnica nº 21*.

⁷⁶ Trata-se do princípio ativo de uma raiz de planta que tem sido utilizada em estudos clínicos para tratamento de usuários de drogas. A SENAPRED é contrária à utilização dessa substância para o tratamento da dependência química, uma vez que não é licenciada no Brasil, interage com vários sistemas de neurotransmissores sobre o cérebro de forma inesperada e há indícios de complicações decorrente do uso. Acerca do tema, ver Nota Técnica nº 64/2020, da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social do Ministério da Cidadania.

⁷⁷ Médico psiquiatra da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), que tem o apoio do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Embora seja considerado por muitos especialistas e ativistas do campo de política de drogas como uma figura controversa, ele tem inúmeras publicações na área da dependência química, é reconhecido como referência científica internacional, apoia o trabalho das CTs e é contra o uso de ibogaína para o tratamento de usuários de drogas.

⁷⁸ São “adictos em recuperação” mais antigos, que, após o tratamento em CT, continuam abstinentes, e se especializaram no tratamento adotado neste modelo, como profissional de nível superior e/ou dirigente de CT, fundador de grupo de ajuda mútua, etc., difundindo os princípios das CTs.

⁷⁹ Essa discussão ocorreu na *live* promovida pela FENACT em 24 de junho de 2020. Acessado em 24 de junho de 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=3yr2FcmoQGU>.

Em outros momentos das *lives* da FENACT, abordou-se a atuação dos profissionais de nível superior, tanto pela representante da federação como pelos gestores de CTs. Destacou-se, inclusive, que muitos “dependentes químicos em recuperação” realizam formação de nível superior e vão trabalhar em CTs⁸⁰. Entretanto, quando havia questionamentos do modelo de CTs por conselhos profissionais, como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o já mencionado representante da FENACT se dirigia aos próprios profissionais da área, que atuavam em CTs, dizendo-se “magoado”, pois, embora as CTs não tenham a obrigação de contratar tantos profissionais de nível superior, empregam, mesmo assim, muitos psicólogos. Afirmou ainda que esses profissionais precisam trabalhar para melhorar a percepção das CTs pelos seus conselhos. Tal circunstância também causa desconforto entre os psicólogos que atuam em CTs e seus respectivos conselhos, criando divisões também nos órgãos de representação profissional. Uma das psicólogas que trabalha em CT disse que nem sempre os conselhos regionais estão de acordo com os federais, e que “é complicado falar algo. Sabemos que os CAPS têm resultados, mas é nas CTs que eu vejo mais evolução do acolhido”. Nesse sentido, apesar de a federação reconhecer a importância do projeto terapêutico que é instrumento técnico da CT para o acompanhamento dos “acolhidos”, pactuado no estatuto da CONFENACT, percebe-se que ainda há questionamentos, por parte dessa federação, no emprego da lógica técnico-científica em relação às práticas tradicionais e religiosas, que se pautam na “vocação”, na “caridade” e no “amor”.

De qualquer forma, evidencia-se que, na atuação do campo organizacional das CTs junto ao Estado, ocorrem pressões no sentido da profissionalização das práticas dos atores e das instituições. Como reforça Bourdieu⁸¹, “quanto mais o campo político se constitui, mais ele se autonomiza, mais se profissionaliza”. Desse modo, os dissensos entre as federações estão referenciados por atores englobando técnicas e instrumentos trazidos pelos profissionais de nível superior para as práticas dos trabalhadores de CTs; aqueles que são mais resistentes a esse processo, defendendo a preponderância do saber experiencial aliado à vocação religiosa, são percebidos pelos outros como mais tradicionais ou, em uma perspectiva mais conflituosa, mais atrasados.

Relações acolhido-profissional: entre a tutela e a autonomia

Por fim, destaca-se o modo como o usuário é percebido pelas federações no sentido de ser mais ou menos tutelado pelos profissionais das CTs. Essa é uma questão sutil, mas que também revela concepções diferentes. A própria discussão sobre as práticas dos profissionais nas CTs dá indícios de como os representantes das federações percebem os acolhidos. Apesar de a Resolução nº 1/2015 do CONAD⁸² evidenciar o acolhimento voluntário e não permitir ações de contenção, de castigos e de discriminação, percebe-se haver diferenças na maneira como as federações promovem a autonomia dos acolhidos dentro das CTs.

A FEBRACT tem questionado a moralidade atrelada tradicionalmente ao modelo das CTs, ao mesmo tempo em que busca promover maior autonomia ao acolhido. Nas *lives* de tal federação, justamente por problematizarem as práticas dos profissionais, essa visão sobre a autonomia do acolhido tornava-se mais evidente. As novas propostas terapêuticas nas CTs permitem uma maior aproximação do modelo com o Estado, e até com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Um desses princípios é a

⁸⁰ Essa pauta foi trazida na *live* sobre as federações parceiras e filiadas da FENACT, promovida por esta federação em 8 de julho de 2020. Acessado em 8 de julho de 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=AWT1KtXhaDk>.

⁸¹ Pierre Bourdieu, “O campo político”, in *Revista Brasileira de Ciência Política*, nº 5 (julho 2011), 193-216.

⁸² Resolução nº 1/2015 do CONAD.

“preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”⁸³. No entanto, esclarece-se que esse é um discurso trazido nas *lives*, mas que não necessariamente reflete o cotidiano efetivo nas CTs filiadas. A FEBRACT busca também eximir-se de compactuar com práticas diferentes das que defende.

Em uma *live* sobre assembleia nas CTs⁸⁴, realizada para discutir pontos importantes do cotidiano dessas instituições, a relação mais horizontal entre acolhidos e profissionais foi incentivada, de modo que todos possam sugerir, avaliar e decidir o que acontece na instituição. Geralmente, as orientações vêm de cima para baixo. Contudo, um dos representantes da FEBRACT afirmou que “Se o acolhido aprende autonomia, ele vai conseguir sair melhor dali!”. Outro gestor de CT complementa: “Devemos dar crédito ao pensamento do adicto, e não achar que ele não pensa!”. Em contrapartida, há receio por parte dos demais gestores e profissionais de CTs quanto a esse aspecto, e eles enviam aos *chats* muitas perguntas sobre a operacionalização desse processo. O mediador da *live* da FEBRACT, por sua vez, arrebatou as questões dizendo: “Não vai transformar a CT em uma anarquia, pois os papéis bem definidos; vão torná-la mais funcional e adequada às necessidades da instituição”.

Em diversas *lives* dessa federação, a conclusão apresentada tanto pelos seus representantes, quanto pelos especialistas que trabalhavam em CTs, foi a de que a maior dificuldade está mais relacionada aos próprios profissionais do que aos acolhidos. Por receio de “perder o controle”, os profissionais entendem que devem submeter os acolhidos por meios autoritários. Entretanto, a FEBRACT tem estimulado suas filiadas a romperem tal padrão, confiando mais em seus acolhidos. Os gestores de CTs que participaram das *lives* afirmaram que se surpreendiam com a potencialidade da implantação desse princípio. Um deles relatou que a não obrigatoriedade de fazer a barba não fez com que os acolhidos “relaxassem” na sua higiene; pelo contrário, eles passaram a cuidar de suas barbas com afinco.

Com base nas *lives* analisadas, não se pode afirmar que as demais federações não promovam a autonomia dos acolhidos – pelo menos, ao nível do discurso. Mas este foi um ponto pouco enfatizado durante os debates promovidos pelas outras federações. Por essa razão, a ênfase dada pela FEBRACT destoa das outras federações, evidenciando-se as diferenças quanto a esse quesito. Assim, enquanto a FEBRACT parece ser mais disposta a acatar recomendações que implicam a revisão do modelo de CTs, as outras federações estão reservadas nesse assunto.

O que foi observado com mais frequência foi a defesa da tutela dos acolhidos, expressa em relações paternalistas, assistencialistas e salvacionistas, por parte de alguns representantes das federações e de gestores de CTs filiadas a elas – tanto entre eles como em relação aos acolhidos. Nas *lives* da FENACT, alguns convidados foram apresentados como “filhos”, que agora trabalhavam em suas próprias CTs. Essa relação se dava pela figura forte do fundador da FENACT, percebido por muitos como “pai”, reconhecido por desbravar a participação das CTs nas políticas públicas, mobilizar debates legislativos, acionar redes de relações para viabilizar convênios públicos e promover cursos de capacitação, estimulando gestores e profissionais de CT a se adequar à legislação.

⁸³ Lei nº 8.080/1990 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

⁸⁴ Essa *live* foi realizada em 30 de julho de 2020. Acessado em 30 de julho de 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=xrnsXeiuoZE>.

Muitos dos gestores de CTs que participavam das *lives* dessa federação enfatizavam que o trabalho nas CTs “é um projeto do coração que vem de Deus para salvar vidas”⁸⁵. Essa argumentação, apoiada na “salvação” dos usuários de drogas, sugere uma percepção mais passiva dos acolhidos, que precisariam das instituições para se manterem vivos.

CONCLUSÃO

Diante da etnografia digital, com a utilização das *lives* realizadas por federações de CTs como material empírico, percebe-se que os representantes, gestores e profissionais dessas entidades vão se institucionalizando por meio de tais atividades; que se eles unem, reivindicam suas demandas, disputam espaço nas políticas públicas e conquistam recursos financeiros significativos. As *lives* realizadas no período de pandemia objeto desta pesquisa trataram de assuntos e temáticas relevantes para quem trabalha e atua na área do ponto de vista de suas práticas; mas também são parte da mobilização política na busca de legitimidade e de financiamento público para as instituições, a partir da aproximação com o Estado.

O campo organizacional das CTs⁸⁶ envolve articulação política dos atores que lhes são vinculados, além da proximidade com os representantes dos órgãos governamentais, permitindo, assim, que tais instituições atuem mais diretamente na cena pública. Assim, a unidade das federações de CTs evidencia-se como campo organizacional, apresentando as pressões centrípetas⁸⁷ que explicitam acordos comuns, com o propósito de incluir a participação das CTs nas políticas públicas para tratamento de usuários de drogas. Tal como apresentam Fligstein e McAdam⁸⁸, pode-se perceber esse campo como de ação estratégica, em que os atores estabelecem acordos comuns, mesmo que não haja consenso. Ao mesmo tempo, as diferenças, as divergências e os dissensos^{89,90} elucidam pressões centrífugas, apresentando discussões acaloradas na operacionalização dos princípios e das características de CTs, o que pode resultar em mudanças nos direcionamentos do campo. A exposição das diferenças entre as federações no debate público se configura como parte das estratégias dos atores sociais na busca pela hegemonia do seu modelo no campo organizacional das CTs, frente ao Estado.

Destacam-se três pontos que expõem dissensos entre as federações de CTs. O primeiro deles é a proposição de uma atividade alternativa, durante o momento devocional, de exercício da espiritualidade, sobre a qual se apresentam opiniões divergentes. O segundo é relativo à incorporação da lógica técnico-científica no cotidiano das CTs, que é revelado pela importância dada aos profissionais de nível superior, pela aceitação de novas propostas terapêuticas e pelo discurso baseado na ciência. E, por fim, o modo como o acolhido é percebido na CT, considerando-se ações que promovam, ou não, sua autonomia.

As clivagens observadas no campo estão diretamente associadas com a maior ou menor proximidade em relação ao Estado. Assim, esses pontos se referem a um movimento de revisão do método de CT,

⁸⁵ Essa afirmação foi feita por uma gestora de CT na *live* promovida pela FENACT em 24 de junho de 2020. Acessado em 24 de junho de 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=3yr2FcmoQGU>.

⁸⁶ Pires, “Campo organizacional de Comunidades Terapêuticas”.

⁸⁷ DiMaggio e Powell, “Institutional Isomorphism”.

⁸⁸ Fligstein e McAdam, *A theory of fields*.

⁸⁹ Bourdieu e Wacquant, *Reflexive Sociology*.

⁹⁰ Pires, “Campo organizacional de Comunidades Terapêuticas”.

que tem tentado se aproximar de certas inovações científicas do campo dos cuidados a usuários de drogas e das normativas do setor público, possivelmente para a facilitação da obtenção de financiamento por essas instituições, dentre outros eventuais propósitos. É nesse sentido que os atores sociais vinculados ao campo organizacional das CTs também pressionam, constroem e “fazem o Estado”⁹¹, em meio a outros atores individuais e coletivos. Logo, de acordo com os dados apresentados e as discussões analisadas, identifica-se que há conflitos entre as federações de CTs à medida que se fortalecem e se aproximam do Estado. Elas se unem para se contrapor aos críticos do modelo de CT, mas também expressam publicamente as fissuras entre si.

Desse modo, apesar de as federações de CTs apresentarem convergências, estabelecidas por pressões isomórficas, na aproximação com o Estado, ao estabelecerem parâmetros mínimos para o funcionamento das instituições, outras diferenças e divergências vêm à tona, especialmente nos debates entre elas, apontando para potenciais mudanças institucionais no seu campo organizacional, o que sugere reflexões importantes acerca de sua complexidade e heterogeneidade, possibilitando perceber as diferenciações e hierarquias estabelecidas no campo organizacional.

A FEBRACT já chegou a pedir a sua desfiliação da CONFENACT em 2017⁹². Através do trabalho de campo realizado para a tese de doutorado desta autora, verificou-se que a filiação da FETEB também foi bastante questionada pelos membros da CONFENACT em 2018. De qualquer forma, atualmente essas federações continuam unidas e atuantes na confederação. Em tempos de pandemia, a ênfase na FEBRACT e na FENACT se deu justamente pela maior quantidade de *lives* produzidas por tais federações neste momento, de modo que os próprios mediadores das *lives* acabaram por elucidar as diferenças entre as federações no debate público.

O representante da FENACT enfatizou estar assustado com a competição entre as federações de CTs e pretende que elas entendam que não devem ser concorrentes, sendo mais vantajoso que estejam unidas. Já o representante da FEBRACT, para amenizar os conflitos explícitos, justificou-se em uma das *lives*⁹³ dizendo que:

[...] a FEBRACT não é portadora da verdade absoluta, mas apresenta propostas possíveis. Vamos colhendo experiências! As CTs apresentadas não são necessariamente modelos a serem seguidos. Não estamos inventando regras, nem ditando normas. Nós somente estamos testemunhando e compartilhando experiências!

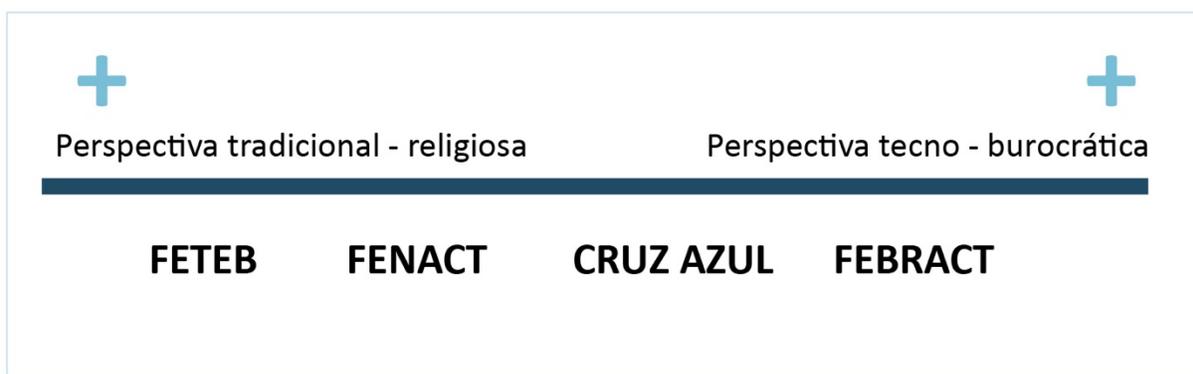
Dessa forma, as federações assumem discursos na cena pública que perpassam perspectivas que não são excludentes, mas que as colocam em posicionamentos diferentes na relação com o Estado. A primeira delas é a perspectiva mais tradicional-religiosa; a segunda é a perspectiva técnico-burocrática. Assim, propondo uma escala de proximidade com o Estado, que vai da maior à menor proximidade obtida pelas quatro instituições que produziram as *lives* em tempos de pandemias, ensaia-se uma interpretação tal como a apresentada graficamente na Figura 1:

⁹¹ Souza Lima, “Ações governamentais”.

⁹² Pires, “Campo organizacional de Comunidades Terapêuticas”.

⁹³ Essa *live* teve como tema “Assembleia Comunitária - A essência da CT” e, ao final, a fala citada foi expressa. Sua realização foi em 30 de julho de 2020. Acessado em 30 de julho de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=xrnsXeiuoZE>.

Figura 1. Escala de proximidade das federações de CTs com o Estado.



Fonte: Elaboração própria.

Ainda que as federações analisadas não abarquem todas as CTs existentes, sua mobilização política é significativa e dá visibilidade ao trabalho realizado pelas instituições. A maior proximidade ou afastamento entre as federações revelam desafios e conflitos no campo organizacional das CTs ao incluir o modelo das CTs nas políticas públicas. Apesar da união das federações na defesa das CTs, demonstra-se que as disputas entre si ainda permeiam a própria adequação das instituições aos parâmetros estabelecidos pelo Estado. Enquanto algumas federações se percebem mais preparadas para o processo de modernização, uma vez que estão se adequando às exigências estatais, outras preferem manter seus cânones, como se a flexibilidade pudesse alterar a essência do modelo.

Ao mesmo tempo, cabe analisar futuramente como se movimenta esse campo organizacional, salientando-se as circunstâncias históricas e políticas em que uma federação se aproxima mais da outra, ou que se torna mais intransigente nessa confluência. Compreender as especificidades desses processos permite avançar com os objetivos deste artigo, alcançando nuances morais, religiosas, políticas e econômicas que se desenrolam entre as federações para entender, assim, a complexidade em torno da discussão sobre CTs e políticas públicas.

INTERFACES ENTRE RELIGIÃO, USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS, MORALIDADES E GÊNERO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

JANINE TARGINO¹

O presente artigo analisa as interfaces entre religião, uso problemático de drogas, moralidades e gênero em três comunidades terapêuticas (CTs) voltadas exclusivamente para o público feminino. Busca-se, assim, compreender alguns dos elementos que particularizam a trajetória de mulheres atendidas em CTs que professam doutrinas religiosas. O material estudado provém de entrevistas semiestruturadas realizadas em instituições escolhidas dentro de vertentes religiosas católica e evangélica². Tal escolha está fundamentada em dados do IPEA que informam que a maior parte das CTs brasileiras possui orientação religiosa evangélica (47%) e católica (27%)³. Ao todo, foram entrevistadas cinco mulheres em acolhimento e uma liderança em cada uma das três CTs selecionadas, perfazendo um total de dezoito entrevistas⁴.

A CT1, sede de uma rede que possui várias unidades instaladas no Brasil e em outros países, é uma instituição dirigida por membros de uma comunidade religiosa surgida no contexto da Renovação Carismática Católica (RCC)⁵ e está localizada no interior do Estado de São Paulo. Dentre as particularidades desta CT, merece destaque sua infraestrutura, que inclui uma escola e uma creche⁶, para receber os filhos das mulheres atendidas. Por essa razão, quando as entrevistas foram realizadas, havia na CT1 aproximadamente vinte crianças na companhia de suas mães⁷.

Entre as três CTs contempladas na pesquisa, a CT1 é a única que recebe os filhos das acolhidas⁸. As crianças acompanham suas mães em praticamente todas as ocasiões e compartilham com as demais acolhidas todos os espaços. Não há quartos separados para as mães e seus filhos e, portanto, eles

¹ Doutora em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Desenvolve pesquisas sobre comunidades terapêuticas e discursos religiosos acerca do uso de drogas.

² A execução desta pesquisa ocorreu mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Ao projeto de pesquisa aprovado foi atribuído o CAAE 35363920.9.0000.5582.

³ IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Brasília: IPEA, 2017), 20, http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf.

⁴ As entrevistas e demais interações com as acolhidas e os membros das equipes de apoio seguiram todos os cuidados sanitários necessários para a condução de pesquisa durante a pandemia de Covid-19.

⁵ Para mais detalhes a respeito da RCC, ver Marcelo Camurça, org., *Novas Comunidades Católicas: em busca do espaço pós-moderno* (Aparecida: Ideias & Letras, 2009).

⁶ A escola e a creche também recebem crianças de famílias que vivem nos arredores da CT.

⁷ Algumas mulheres estavam acompanhadas de mais de um filho. Aproximadamente oitenta mulheres estavam na condição de acolhidas na CT1 quando da realização das entrevistas.

⁸ Ao longo do texto será usado o termo “acolhida” para se referir às mulheres atendidas nas CTs. A utilização desse termo tem por objetivo expressar a condição em que essas mulheres se encontram e como elas se reconhecem, uma vez que elas permanecem nessas três instituições voluntariamente e podem sair a qualquer momento. No entanto, é importante ressaltar que esse é um termo êmico que tem sido utilizado no universo das CTs, mas que não reflete, necessariamente, uma definição amplamente aceita nos campos de política de drogas e saúde, em sua utilização pelas CTs é controversa.

ocupam a mesma cama nos alojamentos coletivos. Igualmente, todas as refeições são feitas em conjunto e as mães são responsáveis por preparar os alimentos de sua prole⁹.

A CT2, localizada na região norte do Estado do Rio de Janeiro, trata-se de uma empreitada realizada por uma denominação evangélica que compõe a categoria chamada de protestantismo histórico¹⁰, atuante na oferta de atendimento a mulheres usuárias de drogas. Essa CT faz parte de uma ampla rede, que conta com unidades voltadas ao atendimento do público feminino, assim como também com outras unidades que recebem apenas homens, administradas por membros da igreja evangélica responsável pela idealização do projeto.

Já a CT3, situada em um bairro da zona oeste do Município do Rio de Janeiro, está vinculada a uma denominação evangélica pentecostal¹¹ e, tal como as CT1 e CT2, atende somente mulheres. No entanto, diferentemente das demais CTs observadas na pesquisa, esta é uma iniciativa de menor porte, sem filiais, administrada exclusivamente pelo próprio pastor criador da CT.

Seguindo o estudo de Villar e Santos¹², essas três instituições fazem parte de um conjunto muito restrito. As autoras, que partem da análise dos dados de uma pesquisa realizada no ano de 2015 junto a quinhentas CTs localizadas em todas as regiões do Brasil, constataram que 80% das CTs atuantes no país se dedicavam ao atendimento de homens, enquanto 15% das CTs atendem simultaneamente aos públicos masculino e feminino e apenas 5% dessas instituições voltavam-se exclusivamente para as mulheres. A superioridade numérica de CTs masculinas indica que os homens usuários de drogas são percebidos como um grupo que demanda o emprego de mais esforços e recursos para o enfrentamento da dependência.

Em relação ao modo como as CT1, CT2 e CT3 atuam, há alguns pontos em comum que sobressaem. O primeiro deles é a exigência de completa abstinência de drogas (em oposição à lógica mais abrangente da redução de danos) que, embora não seja uma especificidade de tais CTs¹³, precisa ser enfatizado para uma melhor caracterização do trabalho que elas realizam. Outro aspecto importante é que, nessas CTs, o isolamento da vida social é uma condição inegociável, o que leva ao estabelecimento da convivência entre pares, que passam a viver comunitariamente dentro da instituição. Da mesma forma, essas CTs determinam o período de permanência das acolhidas entre nove e doze meses. Todavia, foram encontradas mulheres que ultrapassam o tempo máximo de doze meses, como será exposto a seguir. As acolhidas permanecem voluntariamente nessas CTs e podem deixar a instituição a qualquer momento,

⁹ Embora o cenário particular da CT1 instigue questões acerca do impacto que a estadia na instituição pode ter sobre as crianças que acompanham suas mães durante o acolhimento, não é escopo deste artigo analisar esse aspecto.

¹⁰ A respeito da categoria “protestantes históricos”, ver Leonildo Campos Silveira, “‘Evangélicos de missão’ em declínio no Brasil”, in *Religiões em movimento: o censo de 2010*, org. Faustino Teixeira e Renata Menezes (Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2013), 311-327.

¹¹ Para uma categorização mais aprofundada sobre os evangélicos pentecostais, ver: Antônio Gouvêa Mendonça. “Evangélicos e pentecostais: um campo religioso em ebulição”, in *As religiões no Brasil*, org. Faustino Teixeira e Renata Menezes (Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011), 89-110.

¹² Nayara Villar e Maria Paula Santos, “Sexualidade e relações de gênero nas comunidades terapêuticas: notas a partir de dados empíricos”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018), 101-119, https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190103_comunidades_terapeuticas.pdf.

¹³ IPEA, *Nota Técnica nº 21*, 20.

caso o desejem. Quanto à rotina, as três instituições funcionam segundo cronogramas bem definidos, com horários pouco flexíveis, em que o envolvimento das mulheres atendidas é solicitado todo o tempo em atividades religiosas e de cuidado com a limpeza e a organização. Finalmente, deve-se sublinhar que a pesquisa abrangeu instituições que não cobram pelos serviços prestados e, dado o perfil filantrópico, é possível considerar que tais CTs estão mais propensas a receberem mulheres das camadas populares, que não possuem recursos suficientes para arcar com as despesas de serviços oferecidos por instituições privadas.

O propósito deste artigo é apresentar elementos que auxiliem na construção de conhecimento acerca dos significados compartilhados por mulheres usuárias de drogas acolhidas em instituições de perfil religioso. Desse modo, as orientações de Clifford Geertz¹⁴, antropólogo que leva adiante o importantíssimo trabalho de Max Weber, são especialmente úteis, pois informam sobre a complexa teia de significados formada pelos sentidos que os atores atribuem às suas ações nas mais diversas esferas da vida social. Ou seja, por meio dos sentidos que os atores atribuem ao método empregado pelas CTs, este artigo busca reconstruir e interpretar um conjunto de conceitos e acepções que não se restringe ao universo religioso, uma vez que conecta religião, gênero, moralidade e dependência de drogas.

Os dados também foram considerados sob o prisma dos conceitos de moral – religiosa e não-religiosa – e conversão. Portanto, as narrativas das acolhidas e dos líderes das CTs foram esmiuçadas com o objetivo de apreender como, dentro das CTs, os discursos proselitistas e as moralidades presentes na cosmologia religiosa são acionados.

AS ENTREVISTAS

Pode-se afirmar que as narrativas religiosas cristãs consideram que tanto o homem como a mulher estão sujeitos às “tentações e prazeres da carne”, já que possuem “fraquezas” vistas como inerentes à condição humana¹⁵. No entanto, os esforços empregados para exercer controle sobre a vida das mulheres sempre foram substancialmente maiores, o que fez com que a moralidade religiosa incidisse com mais força sobre os corpos femininos¹⁶. Dentre os interditos morais oriundos de discursos religiosos, certamente o mais relevante é o que trata da sexualidade feminina. Vista como portadora da lascívia humana e responsável pelo pecado original, historicamente a mulher tem sido alvo de estratégias religiosas voltadas para o controle de seus corpos e de sua subjetividade.

Dentre os sujeitos a serem resgatados de suas “vidas malditas”, as mulheres figuram por meio de estereótipos emblemáticos, tais como o da “prostituta”, o da “drogada” e o da “desviada”. A título de comparação, no caso dos homens as categorias estigmatizantes mais utilizadas são as de “bandido”, “mendigo”, “vacilão” e “viciado”¹⁷. Isto significa que os estigmas associados às mulheres e aos homens coincidem apenas no que tange à dependência de drogas, enquanto os demais estigmas projetados

¹⁴ Clifford Geertz, *A interpretação das culturas* (Rio de Janeiro: LTC, 2019), 3-21.

¹⁵ Kelma Lima Cardoso Leite, “Implicações da moral religiosa e dos pressupostos científicos na construção das representações do corpo e da sexualidade femininos no Brasil,” *Cadernos Pagu*, no. 49 (2017): 7, <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n49/1809-4449-cpa-18094449201700490022.pdf>.

¹⁶ Michel Bozon, *Sociologia da sexualidade* (Rio de Janeiro: FGV, 2004), 27.

¹⁷ Cesar Pinheiro Teixeira, “O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico”, em *Religião e Sociedade* 36, no. 2 (2016): 110-12, <https://www.scielo.br/pdf/rs/v36n2/0100-8587-rs-36-2-00107.pdf>.

sobre as mulheres se concentram na atividade sexual e aos homens são aplicadas categorias mais frequentemente relacionadas ao crime. Em outros termos, se de um lado está a “prostituta”, do outro está o “bandido”, ambos os sujeitos que não correspondem adequadamente às expectativas socialmente construídas. E, mesmo que haja muito mais do que prostituição e crime em jogo, estas são categorias de destaque que devem ser consideradas¹⁸.

É marcante, inclusive, que pesquisadores tenham se dedicado à análise de determinados seguimentos religiosos cristãos que se empenham em alcançar indivíduos com “vidas desgraçadas” na intenção de ressignificar suas biografias por meio do processo de conversão^{19,20,21}. Nesse contexto, não causa espanto que diversos recursos sejam mobilizados por grupos religiosos com o intuito de “recuperar” aqueles que vivem fora dos desígnios divinos.

Quando alcançada por esses discursos proselitistas, a mulher, classificada até então como “errante” e “desvirtuada”, passa a ser entendida como matéria-prima passível de ser transformada no ideal da mulher cristã. E, para que se efetue tal transformação, torna-se imprescindível que ela se adeque ao grupo religioso a que pretende pertencer. Evidentemente, a reforma moral que as religiões cristãs buscam realizar na vida da mulher usuária de drogas prioriza elementos bem diferentes daqueles empregados em suas empreitadas para resgatar homens usuários de drogas. Os “fracassos” que a mulher usuária carrega são distintos daqueles que os homens nas mesmas condições trazem consigo, visto que à parcela feminina se atribui com muito mais frequência qualquer malogro em relação à maternidade, enquanto a discussão a respeito da responsabilidade masculina com a prole tende a ser deixada de lado. Por tais razões, as retóricas religiosas direcionadas à reconstrução das biografias de homens e mulheres que fazem uso de substâncias versam sobre elementos distintos e acionam significados específicos aos papéis sociais de gênero vigentes na sociedade.

Em pesquisa realizada anteriormente²², verificou-se que em CTs católicas e evangélicas ocorre o compartilhamento de moralidades – religiosas e não religiosas – que sustentam aquele que seria o modelo ideal de mulher cristã. Segundo essa perspectiva, tal modelo fundamenta-se sobre o tripé “boa mãe + boa esposa + boa fiel” que, segundo as retóricas compartilhadas nas CTs analisadas, refere-se a atributos ausentes nas mulheres usuárias de substâncias. Logo, é possível perceber que há nessas instituições o entendimento de que o cumprimento das funções associadas à maternidade, ao casamento e à igreja constituem a estratégia mais consistente para que essas mulheres consigam abandonar o uso de drogas. Ao mesmo tempo, as mulheres tidas como mães e esposas inadequadas são, nessa conjuntura, tidas como moralmente fracas e insuficientemente dedicadas à religião.

¹⁸ Agradecimentos a Cesar Pinheiro Teixeira pelos comentários pertinentes a esse ponto.

¹⁹ Carly Barboza Machado, “Pentecostalismo e o Sofrimento do (Ex-)Bandido: testemunhos, mediações, modos de subjetivação e projetos de cidadania nas periferias”, *Horizontes Antropológicos*, no. 42 (2014): 160-66, <https://www.scielo.br/pdf/ha/v20n42/07.pdf>.

²⁰ Cesar Pinheiro Teixeira, “De Corações de Pedra a Coração de Carne: algumas considerações sobre a conversão de bandidos a igrejas evangélicas pentecostais”, *Dados* 54, no. 3 (2011): 462-73, https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582011000300007.

²¹ Natânia Lopes, “‘Prostituição Sagrada’ e a Prostituta como Objeto Preferencial de Conversão dos ‘Crentes’”, em *Religião e Sociedade* 37, no. 1 (2017): 37-42, <https://www.scielo.br/pdf/rs/v37n1/0100-8587-rs-37-1-00034.pdf>.

²² Janine Targino, “Religião contra as ‘drogas’: estudos de caso em duas comunidades terapêuticas religiosas para dependentes químicos no Rio de Janeiro” (Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014), 174-86.

Ainda pensando no tripé “boa mãe + boa esposa + boa fiel” e nos fracassos comumente atribuídos às mulheres usuárias de drogas, a análise das entrevistas será apresentada sob a ótica da reconstrução das carreiras morais²³ das acolhidas, por meio do reposicionamento de tais mulheres em relação às suas famílias e à igreja/religião. Desse modo, esse tripé será desmembrado em duas partes, uma relativa à família (boa mãe e esposa) e a outra concernente à igreja e à experiência com a religião e/ou espiritualidade (boa fiel). Espera-se, assim, melhor compreender os significados que essas mulheres imputam à experiência que vivenciam dentro da CT, assim como também apreender como os papéis de mãe, esposa e fiel são capitaneados pela instituição no sentido de oferecer assistência às suas acolhidas.

Ser boa mãe e esposa: a maternidade e o casamento como parte do método das CTs

Del Priore²⁴, ao construir o panorama do lugar ocupado pela mulher no Brasil Colônia, indica que a maternidade foi mobilizada como instrumento disciplinador da vida feminina. Conforme a autora explica, o “ser mãe” na Colônia fundamentava-se especialmente em “instruir e educar os filhos cristãmente” e “cuidar com diligência das coisas da casa”²⁵. Ressalta-se que a elaboração desse modelo de santa-mãe, no qual as mulheres deveriam se autossacrificar e assumir uma postura submissa em prol da preservação da família, esteve fortemente vinculado aos preceitos sustentados pela igreja católica e serviu como um dos pilares mais essenciais para a sociedade da época. Tempos depois, já no século XXI, a maternidade ainda persiste como um fenômeno capaz de atribuir *status* e canalizar atenção e cuidados para a mulher, retirando-a, muitas vezes, de uma situação de invisibilidade e alçando-a à hipervisibilidade.

Como mencionado anteriormente, a CT1 apresenta a singularidade de possuir infraestrutura dedicada ao recebimento de mulheres acompanhadas de seus filhos. Por essa razão, parte considerável do método empregado pela CT1 passa necessariamente pelo elemento da maternidade e de como deve ser experienciada pelas acolhidas. Outro ponto importante é que as acolhidas que passam pela CT1 na companhia de seus filhos, assim como as grávidas, são vistas como indivíduos que demandam mais zelo por parte da instituição. Essa perspectiva sustenta-se não só na consideração de que mulheres grávidas e/ou com filhos precisam de maior assistência, mas também porque esse nicho das acolhidas necessita de aprendizado específico para lidar com as responsabilidades que lhes são atribuídas em função da maternidade. Nesse sentido, a declaração²⁶ de Ester²⁷, líder da CT1, ilustra muito bem qual é o posicionamento da instituição em relação a estas mulheres.

Muitas delas vêm pra cá pra aprender a maternidade, pra aprender o ofício. Muitas têm filhos, mas muitas deixam com os pais, com alguém, com o avô, com a avó. *Mas elas não são mães.* Por conta da drogadição, que rouba muito isso delas. Essa responsabilidade, esse juízo, essa perspectiva, essa coisa boa de maternidade, de ser mãe, elas não têm. Muitas delas não tem exercido essa função na íntegra e muito menos no literal da palavra. Então, quando elas

²³ Erving Goffman, *Estigma* (Rio de Janeiro: LTC, 2019), 41-50.

²⁴ Mary Del Priore, *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia* (São Paulo: Editora Unesp, 2009), 41.

²⁵ *Ibid.*, 41.

²⁶ Todos os trechos de falas das mulheres acolhidas e dos líderes presentes ao longo do artigo são transcrições literais, inclusive com possíveis erros, retiradas das entrevistas.

²⁷ Todos os nomes mencionados neste artigo são fictícios.

precisam se tratar e não tem mais com quem deixar os filhos, a opção, em muitos dos casos, é a [CT1]. [...] E as mães são mães, como você viu aqui, que necessitam de tratamento intensivo em relação à drogadição, ensino, ensinar tudo, como falar, como sentar, como andar, como conversar. Tem que ensinar tudo (Ester, líder da CT1, destaque nosso).

Interessante constatar que o suposto insucesso dessas mulheres no exercício da maternidade é atribuído por Ester ao fato de elas serem dependentes de drogas. Do ponto de vista da líder, o uso problemático de substâncias (a drogadição, de acordo com sua fala) “rouba” das internas as responsabilidades maternas e as impede de serem “mães de verdade”. Aqui, a figura da “mãe abandonante”, tratada por Fernandes²⁸, serve como uma boa chave analítica para se compreender a perspectiva de Ester. Como a autora aponta, a mãe que “abandona” o filho tende a ser usada como uma categoria genérica que engloba uma infinidade de casos em que um filho passa a viver sob os cuidados de outras pessoas. Essa modalidade de maternidade desviante, em que a mulher, parafraseando Ester, deixa os filhos com “os pais, com alguém, com o avô, com a avó”, é usada como exemplo negativo que deve ser evitado. Nesse contexto, a “mãe abandonante” é tida como a antagonista da “mãe de verdade”, que possui as virtudes morais socialmente classificadas como positivas²⁹.

Nas narrativas das acolhidas, é possível perceber que a expectativa de “aprender a ser mãe” alcança não só aquelas que compartilham a permanência na CT com seus filhos, como também impacta com força as que deixaram sua prole sob os cuidados dos pais, dos avós ou de outros responsáveis. Ademais, chama a atenção, nas diversas falas em que a questão da maternidade é abordada, que essas mulheres se mostrem inclinadas a concordar com as acusações que as CTs lhes impõem, quanto às suas formas de exercerem a maternidade³⁰. Este é o caso de Sara, 33 anos, separada, dependente de álcool e mãe de três filhos que, durante sua estadia na CT1, permaneciam sob a responsabilidade da avó materna.

Pesquisadora: Qual foi a situação que te levou a buscar ajuda?

Sara: Meus filhos.

Pesquisadora: O que aconteceu?

Sara: A minha filha me chamou de vagabunda. Isso daí... Não queria mais me ver, não queria mais que eu fosse em casa. Não queria mais saber de mim. Eu ainda fiquei uns dias, falei “eu não tô nem ligando”. Só que aí eu fui caindo na real. Meus filhos também estão crescendo e já estavam desfazendo de mim. Eu fui caindo na real. Eu falei “opa, peraí”. [...] Minha filha falou que não queria falar comigo enquanto eu não saísse daqui recuperada, ela não ia falar comigo. [...] Aí quando foi domingo passado, eu fiz três meses (de permanência na CT1), aí eu liguei³¹ pra minha casa, pros meus filhos e a minha filha pediu para falar comigo. Nossa! Aí já foi aquele chororô. Aí agora que eu não vou mesmo, eu vou ficar aqui até completar um ano. [...] Então, eu vou querer mais o que? Só eu sair daqui uma *mãe de verdade*. [...] Meu pensamento fixo é

²⁸ Camila Fernandes, “Figuras da causação: sexualidade feminina, reprodução e acusações no discurso popular e nas políticas de Estado” (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017), 183, https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5425227.

²⁹ *Ibid.*, 183.

³⁰ Agradecimento a Maria Paula Gomes dos Santos pelos comentários pertinentes a esse ponto.

³¹ Na CT1, tal como na CT2, não é permitido que as mulheres acolhidas entrem em contato com seus familiares nos três primeiros meses de permanência na instituição.

cuidar dos meus filhos e dos meus pais. [...] Porque antes eu não tava ligando, eu não tava sendo mãe. E hoje a (CT1) tá me ensinando.

Pesquisadora: Em algum momento você falou que queria ser mãe de verdade. O que é ser mãe de verdade?

Sara: Cuidar deles, tá do lado deles, apoiar, entendeu? É ver choros, os sorrisos, tudo, tudo. [...] Eu abandonei literalmente, eu me afastei dos meus filhos. Eu sou uma ótima mãe quando tô com eles, todo mundo fala. Eu sou muito amorosa com eles. Mas, eu saía dali, acabava a “Sara”, acabava a mãe (Sara, interna da CT1, destaque nosso).

Sara, que facilmente seria categorizada como uma “mãe abandonante”, diz que dentro da CT1 pôde aprender o significado de “mãe de verdade”, que, como ela explica, consiste em acompanhar os detalhes da vida dos filhos, em estar presente em todos os momentos e lhes dar apoio. Para além disso, na narrativa de Sara, o xingamento e a rejeição por parte de sua filha aparecem como o ponto máximo de sua dor como mãe e dependente de álcool. O sentimento de tristeza gerado por esses acontecimentos pode ser entendido, nesse contexto, como aquilo que os usuários chamam de “fundo do poço”³², ou seja, o momento em que o sofrimento atinge o limite suportável, levando o indivíduo a buscar mecanismos para reescrever sua trajetória. Diante das condições adversas apresentadas pela relação conturbada de Sara com seus filhos, ela decide, entre tantas outras possibilidades, por buscar acolhimento na CT1. Dentro da instituição, ela passa a rever sua performance como mãe – “Eu não tava sendo mãe. E hoje a (CT1) tá me ensinando” – e determina a meta de exercer a maternidade segundo os padrões que passa, então, a considerar ideais³³.

Entre as mães ouvidas na pesquisa (duas na CT1, cinco na CT2 e duas na CT3), a menção aos filhos como motivação para a busca de ajuda foi uma unanimidade. E, mesmo nos relatos em que os filhos não eram o único argumento para deixar de usar drogas, eles ainda ocupavam lugar central para essa decisão, se sobrepondo, inclusive, aos problemas de saúde e demais transtornos causados pelo uso problemático de substâncias.

Retornando ao cenário particular da CT1, entre as entrevistadas está Rebeca, 35 anos, dependente de *crack*, casada e mãe de quatro filhos, que chegou à instituição acompanhada de sua filha mais nova, à época com apenas cinco meses de vida. Segundo ela, o principal critério que estabeleceu para que aceitasse qualquer tipo de acolhimento era que o bebê estivesse com ela em todo o processo. E foi assim que uma amiga, após pesquisas na *internet*, encontrou a CT1 e indicou o local para que Rebeca buscasse auxílio. No momento da entrevista, Rebeca estava a poucos dias de concluir doze meses de permanência na instituição, período máximo em que uma acolhida pode permanecer na CT1³⁴. Quando perguntada sobre sua experiência ao longo desse período na companhia de um bebê, ela diz que:

³² Zila van der Meer Sanchez, “As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas” (Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, 2006), 253-303, <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/21281/2006%20SANCHEZ%2c%20ZILA%20VAN%20DER%20MEER%20Doutorado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

³³ Agradecimento a Mauricio Fiore e Taniele Rui pelos comentários pertinentes a esse ponto.

³⁴ No entanto, de acordo com a líder da CT1, há casos específicos em que se permite a permanência mesmo após o prazo de doze meses, como, por exemplo, quando a acolhida tem dificuldades para encontrar moradia fora da instituição.

Pra mim é especial, muito especial, porque eu não sei como eu estaria aqui com um bebê lá fora. Não sei como muitas conseguem deixar um bebê. Porque é bebê, depende de mim, eu quero participar desse momento. Então graças a Deus eu consegui trazer, porque eu recuperei esse *meu sentido de mãe* aqui com ela. [...] Mas é bem mais difícil pensar em mim, muito difícil. [...] É mais difícil, é mais puxado, só que tem um valor muito significativo pra mim, porque eu tentei abortar, eu usei droga grávida, eu fiquei na rua grávida, ela ficou fraca dentro da minha barriga, eu abandonei ela na casa da minha irmã. Mesmo que foi o dia e a noite, assim, mas é um abandono. Ela sentiu tudo isso. Ela depois foi viajar com meu marido e ficou longe de mim de repente. Ela sentiu tudo isso, e agora ela tá tendo um *novo sentido na vida* dela esse tempo todo comigo, mostrando um outro lado. Cuidando o tempo todo do melhor jeito possível. Esse amor que as meninas dão pra ela, esse amor que a responsável [pela CT1] dá pra ela, sabe? Esse acolhimento que eu e ela temos. Nunca faltou nada, nada, mesmo sem visita [em função da quarentena estabelecida pela pandemia de Covid-19]. Tudo que eu sempre precisei, ela sempre teve do bom e do melhor (Rebeca, interna da CT1, destaques nossos).

A especificidade da experiência de Rebeca demonstra outro elemento de suma importância encontrado na CT1. Trata-se da recuperação do “sentido de mãe” por meio da resignificação da maternidade que ocorre dentro da instituição. Interessante notar que, no entendimento dela, a criança igualmente tem a oportunidade de encontrar um novo “sentido na vida” após todos os acontecimentos ocorridos durante a gestação e seus primeiros meses de vida, quando Rebeca ainda fazia uso de *crack*. A reconexão emocional de mãe e filha ocorre paralelamente à experiência vivida pela acolhida na CT.

A possibilidade de resignificação da maternidade por meio da experiência na CT também pôde ser captada em relatos obtidos na CT2 e na CT3. No entanto, diferente da CT1, que possibilita tal processo na presença dos filhos, na CT2 e na CT3 isso ocorre na ausência da prole. Este é o caso de Judite, 39 anos, que faz uma costura entre acontecimentos emblemáticos de sua trajetória e sua experiência na CT3, onde reside há um ano e sete meses. Segundo ela, sua filha, que então tinha dezenove anos de idade e era mãe de uma garotinha de cinco anos, iniciou um relacionamento problemático com um rapaz que a agredia constantemente, e do qual tentou se separar quase uma dezena de vezes. Entre as idas e vindas, as agressões tornaram-se cada vez mais graves e culminaram no feminicídio da jovem, perpetrado pelo seu companheiro na casa onde ambos viviam. A morte brusca e violenta de sua filha e o sofrimento causado por esse evento fez com que Judite buscasse uma forma de aliviar suas dores emocionais através do consumo exacerbado de álcool. O passar dos meses trouxe o agravamento de sua dependência e uma série de outras consequências que a fizeram pedir ajuda na CT3. Ao chegar nessa instituição, ela relata que pôde entender melhor as razões pelas quais sua filha foi vítima de um ato tão brutal. De acordo com Judite, na medida em que ela se afastava de sua dependência de álcool e conhecia mais a fundo o trabalho realizado na CT, pôde chegar à conclusão de que o propósito de Deus para sua vida era torná-la “mãe” de outras mulheres que precisassem de ajuda para superar a dependência de drogas. Na sua perspectiva, havia um tempo pré-determinado para que Deus retirasse sua filha de seu convívio, deixando em seu lugar a neta de cinco anos. Além disso, a morte da jovem seria o ponto inicial de uma jornada que conduziria Judite por caminhos que a fariam chegar à CT3, onde poderia ter muitas outras “filhas” que precisariam dela³⁵. Nesse relato, percebe-se como um evento traumático pode adquirir um novo sentido e ser contemplado em um contexto em que o uso problemático de substâncias e a passagem pela CT ganham contornos de autoconhecimento,

³⁵ Por ser uma das acolhidas mais “antigas”, Judite recebe do pastor responsável pela CT determinadas atribuições que envolvem o cuidado das demais mulheres que vivem na instituição.

aprimoramento espiritual e descoberta de uma nova modalidade de exercício da maternidade, e que a resignificação e a recuperação do propósito da maternidade possibilitaram a Judite o resgate de uma “razão de ser” que fora perdida a partir da morte de sua filha.

A resignificação da maternidade e a vontade de exercê-la plenamente, muitas vezes, coexistem com as expectativas de (re)construção de relacionamentos amorosos. Dentre as acolhidas entrevistadas, há aquelas que identificam a experiência de acolhimento na CT como uma forma de se reaproximarem de seus companheiros ou mesmo de provarem para eles o quanto estão comprometidas com a decisão de abandonar o uso de drogas. No que toca especificamente ao caso das mulheres que atribuem o abalo de seus relacionamentos ao seu uso de substâncias, a história de Madalena serve como um bom exemplo. Ela, uma jovem de 28 anos, sem filhos e dependente de cocaína, vive um relacionamento com um rapaz que, segundo a entrevistada, é o maior incentivador de sua permanência na CT3, onde reside há aproximadamente dois meses. Segundo Madalena,

Ele [o companheiro] muitas vezes ele ficou em casa chorando. “Poxa, só quero minha mulher aqui comigo, só queria que ela deitasse aqui e assistisse um filme comigo”. E aquilo, pra mim, ficar dentro de casa, era o fim. E agora tudo que eu mais queria era tá em casa com ele, sabia? Tudo que eu mais queria agora era tá em casa com ele. Mas assim, ele não me abandonou. [...] Diz ele que quando vier, que ele deve vir amanhã pra visita, ele falou que vai trazer as alianças, que pretende casar comigo. [...] Então agora *é que Deus vai restaurar minha vida, porque eu tenho uma pessoa que me ama, uma pessoa que me apoia, que quer casar comigo, então é onde eu vou me reerguer*. Como te falei, eu fui muito humilhada pra ser exaltada mais na frente. Eu creio que chegou minha hora, sabe? *Vou sair daqui casada, em nome de Jesus* [...] Ai eu vou trabalhar, como eu te falei, aquela coisa de acordar cedo, de ter compromisso, *chegar em casa e cuidar da família, eu quero muito*. Sentir o neném crescer, a barriga chutar, deve ser mágico (Madalena, interna da CT3, destaques nossos).

A análise da fala de Madalena revela que há um reposicionamento dela no que diz respeito ao seu relacionamento. Do seu ponto de vista, a vida conjugal passa a ser entendida sob outros moldes, em que aquilo que era indesejável – ficar em casa com seu companheiro – passa a ser uma meta da fase pós-CT – “chegar em casa, cuidar da família”-, juntamente com a maternidade que se apresenta no horizonte. A restauração de sua vida, tal como ela espera, passa necessariamente pela concretização da promessa de casamento e pela possibilidade de ter filhos com seu futuro marido.

Já entre as internas que declararam não manter relacionamentos amorosos fora da instituição (duas na CT1, duas na CT2 e três na CT3), pode-se captar a expectativa de constituir família ao lado de um parceiro que faça jus aos critérios estabelecidos pela doutrina religiosa. A espera pelo “homem de Deus”, ou pelo “varão de Deus” – termo bastante presente nas falas das entrevistadas da CT3 –, que surgirá no tempo d’Ele, que será preparado por Ele, passa a fazer parte dos objetivos a serem alcançados após a estadia na CT. Sobre esse ponto, a fala de Eva, 37 anos, dependente de remédios de uso restrito e mãe de dois filhos, é especialmente ilustrativa:

Eu não sei quando eu vou sair daqui, porque eu estou no tempo de Deus. Mas eu posso te dizer que se for pra eu cuidar dos meus filhos, eu quero que Deus coloque no meu caminho um homem de Deus de verdade. Porque aqui a gente aprende isso, que a vida em família com tudo certinho, casada, santifica a mulher (Eva, interna da CT2).

Casar-se com um “homem de Deus de verdade” e ter uma vida “certinha”, em família, conforme determina a doutrina religiosa, são, para Eva, um caminho para sua santificação como mulher. Ser “santo”, dentro da gramática cristã, é ser “separado dos demais”, é estar em um nível superior àqueles que não são santos. Nessa concepção, a mulher santificada tem como antagonista a mulher usuária de drogas, representada nas narrativas das acolhidas e líderes como aquela que simboliza a vida pecaminosa e errante. Igualmente, é notório o quanto a espera de Eva pelo “homem de Deus de verdade” se mostra como uma versão religiosa do “encontro com o príncipe encantado”. E, mesmo que a esperança de encontrar felicidade através do casamento não seja uma exclusividade das mulheres em CTs, esse fato evidencia o quanto podem ser estreitos os caminhos e perspectivas de autorrealização que essas instituições oferecem ao público que atendem.

Saliente-se que as representações sobre maternidade e casamento encontradas entre líderes e acolhidas nas CT1, CT2 e CT3 coincidem substancialmente na forma como idealizam os papéis de “boa mãe” e “boa esposa”. Nas três instituições, a pesquisa se deparou tanto com a categoria acusatória de “mãe abandonante”, como também com o entendimento de que o casamento constitui uma das vias mais seguras para as mulheres deixarem o uso de drogas. Essa observação demonstra que as diferenças doutrinárias existentes entre pentecostais, católicos carismáticos e protestantes históricos não provocam distinções perceptíveis na maneira como tais vertentes religiosas se posicionam em relação aos papéis sociais de gênero.

Ser boa fiel: conversão e agência nas CTs

Concomitantemente ao emprego da moralidade religiosa, ocorre a experiência de conversão vivida – ou não – pelas acolhidas, ao longo do período em que permanecem nessas instituições. A conversão, observada como parte estruturante da composição de um novo *ethos* para os indivíduos no âmbito de CTs religiosas, foi abordada em pesquisas feitas por Teixeira³⁶, Ribeiro e Minayo³⁷ e Targino³⁸, que a descrevem como um fenômeno composto por dois elementos distintos: a crença e o engajamento. Isto é, para que um indivíduo seja considerado plenamente convertido por seus pares, ele precisa estar engajado nas práticas religiosas e expressar/sentir que acredita na eficácia de tais práticas. Resumidamente, crer e praticar são os dois pilares da conversão.

Embora seja comum que líderes de CTs declarem que não há imposição para que os acolhidos adiram às práticas religiosas realizadas nessas instituições, em seus discursos é recorrente a afirmação de que, sem a conversão, o abandono do uso problemático de substâncias se torna inviável, tendo em vista que a rotina institucional costuma estar amplamente fundamentada em atividades de cunho religioso³⁹.

Marta, líder da CT2, quando perguntada sobre o papel das atividades religiosas e da conversão na estruturação do método utilizado pela instituição, destaca os seguintes pontos:

³⁶ Teixeira, “O testemunho e a produção de valor moral”, 113-19.

³⁷ Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Maria Cecília de Souza Minayo, “As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil”, *Interface* 19, no. 54 (2015), 515-22, https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300515.

³⁸ Targino, “Religião contra as ‘drogas’” 174-86.

³⁹ *Ibid.*, 174-86.

Importantíssimo. E atividade religiosa pra gente *não é religiosidade*. É saber exatamente que Cristo é o agente que começou tudo isso. E essa conversão em Cristo Jesus é a via notória, e eu digo pra você, única [...] A ferramenta que a gente entrega pra elas [para as mulheres acolhidas pela CT2] não vem do ser humano. Uma coisa que foi desconsertada pela praga da droga, pode dar o remédio que for, alopático que for. Mas, a nossa visão, a visão da (CT2) é *crístocêntrica*. [...] Se ela se permitir ser tratada, *ela vai ser tratada à luz da bíblia, e quem vai fazer a transformação é Deus*. Nós cremos. Particularmente falando, eu já vi “n” pessoas sendo transformadas aqui, a partir do momento em que ela permite ser cuidada pelo poder de Deus. Nós só damos o caminho. Nós direcionamos, sim. Nós conduzimos e passamos isso. Mas a gente entende, socialmente falando, é possível também, sim, várias pessoas disseram “não” e, sem se converter, passou pela [CT2], conheceu a palavra, sim, mas não gerou nela aquela beatice. Não é isso que a gente tá falando. *A gente tá falando de um contexto de mudança de mente, de mudança de atitude, de mudança de comportamento*. E pra refazer tudo isso no contexto de caráter, é só Ele que pode fazer, porque Ele construiu. Ele é o construtor. Então, Ele sabe exatamente o que vai mexer, onde vai mexer, quando a gente permite que Ele cuide. Então essa é a condição, é a ferramenta, talvez, talvez não, com certeza, de mais peso, que a gente vai colocar (Marta, líder da CT2, destaques nossos).

Marta, que representa a instituição, revela o comprometimento da CT2 em fortalecer junto às acolhidas o entendimento de que a conversão a Jesus Cristo é a estratégia mais eficiente na luta contra a dependência de drogas. E, ainda que a líder reconheça que várias mulheres que passaram pela CT2 obtiveram sucesso mesmo sem experienciar a conversão, todo seu relato flui na direção de realçar a necessidade da acolhida “se permitir ser tratada” para que Deus efetivamente faça a transformação necessária. O “tratamento à luz da bíblia”, tal como ela menciona, representa o caminho mais curto para a mudança da mente, da atitude e do comportamento dessas mulheres. Marta igualmente indica como a dependência de drogas é considerada institucionalmente: um problema de ordem individual que demanda adesão religiosa para ser solucionado.

Diante da pergunta “qual papel das atividades religiosas e da conversão na estruturação do método ofertado pela instituição?”, os líderes da CT1 e da CT3 corroboraram a perspectiva de Marta sobre a conversão, mas também apontaram outros elementos valorizados por tais instituições. Segundo Ester, no cenário da CT1, a convivência em coletividade, a dedicação em aprender os ensinamentos sobre os cuidados de si – e das crianças que acompanham suas mães – e o compromisso das internas com as atividades domésticas são tão importantes quanto a conversão e a participação nas práticas religiosas. Por outro lado, Joel, pastor responsável pela CT3, acrescenta que, embora a conversão seja a força motriz capaz de fazer a acolhida alcançar a cura da dependência, o cumprimento das regras institucionais e das tarefas designadas às mulheres são princípios inegociáveis para a permanência na CT3. Esse aspecto torna-se bastante claro na forma como o pastor relata o acolhimento de mulheres que não desejam se converter à religião professada na CT3:

[o que] Elas não podem fazer é trazer a religião delas aqui pra dentro. Agora, a religião delas a gente não vai mexer em momento algum, nem vai ofender, nem vai magoar. [...] Já tivemos situação delas não quererem participar [das atividades religiosas]. A única coisa que a gente pede é que elas sentem ali, né? No período de oração, ela vai orar pra quem ela quiser, mas no silêncio dela, assim como também as meninas que são cristãs vai orar no silêncio delas. [...] Agora, elas têm que querer também entender que elas estão vindo pra cá pra respeitar o local, né? Porque tem que haver um respeito. Não quer dizer que tá aqui, também tem que ser o que ela é. Aqui a gente não permite isso. Pra ela vir pra cá, tranquilo. Mas ela tem que respeitar a

instituição, as normas da instituição e se respeitar ela vai ser respeitada totalmente (Joel, pastor responsável pela CT3).

Não obstante, embora os líderes manifestem a expectativa de que as acolhidas se convertam, é necessário que se inclua nesta análise o “outro lado da moeda”, a saber, a maneira como essas mulheres se apropriam das práticas e crenças religiosas. Ainda que a conversão seja apresentada pelos líderes, não pode ser vista como um processo que ocorre à revelia da vontade das acolhidas. Elas, que muitas vezes trazem consigo o registro de experiências e adesões religiosas anteriores, podem experienciar – ou não – a conversão de variadas formas, aderindo às crenças e às práticas com as quais encontrem mais afinidade. Além do mais, entre a prática e a crença pode haver uma distância enorme, e mesmo a participação ativa nas atividades religiosas pode coexistir com diversos níveis de crenças e engajamentos⁴⁰. Há, sim, muitas nuances quando se reflete sobre a conversão. E, ainda que se exija a conversão do indivíduo, este, ao saber que sua permanência na instituição depende disso, pode perfeitamente assumir performances específicas com a intenção de atender as demandas institucionais.

Tendo em vista o desafio de traçar uma fronteira entre a crença e o engajamento das acolhidas, foram analisadas as respostas que elas deram às perguntas “qual é a sua religião?” e “sua religião atual é a mesma que você professava antes de ingressar na CT?”. Embora o recorte da pesquisa seja limitado quando posto em perspectiva ao universo das acolhidas, esses dados podem oferecer indícios a respeito do grau de crença que tais mulheres manifestam na doutrina adotada pela instituição.

Na CT1, não ocorreram conversões ao catolicismo, ao passo que na CT3, Judite, Eunice e Elisa se tornaram evangélicas após o ingresso, além de Madalena, que já se declarava evangélica antes de chegar à instituição. Ademais, é bastante significativo que na CT2, onde a conversão é apregoada como recurso máximo do método aplicado, tenham sido registradas respostas como “sou filha de Deus”, “tenho o meu Deus” e “vivo com o espírito santo” apresentadas por Raquel, Talita e Abigail, respectivamente. Ainda, é possível concluir que os maiores contrastes entre a religião institucional e a religião das acolhidas ocorreram nas CT1 e CT2, o que pode sugerir certo nível de resistência por parte das respectivas internas em seguirem as explícitas orientações institucionais para se converterem à religião professada pela CT. Já a maior taxa de conversão está na CT3, que prega o pentecostalismo. Essa informação pode ser um indicativo de que a retórica proselitista dessa vertente religiosa é mais eficiente em conquistar adeptos entre indivíduos dependentes de drogas que buscam acolhimento em CTs pentecostais.

⁴⁰ Clara Jost Mafra, *Na Posse da Palavra: religião, conversão e liberdade pessoal em dois contextos nacionais* (Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002), 136-40.

Quadro 1. Respostas das internas às perguntas “qual é a sua religião?” e “sua religião atual é a mesma que você professava antes de ingressar na CT?”.

CT1 Católica	Sara	Evangélica desde antes de ingressar na CT.
	Rebeca	Evangélica desde antes de ingressar na CT.
	Débora	Já se definia como católica antes de ingressar na CT.
	Isabel	Já se definia como católica antes de ingressar na CT.
	Ana	Já se definia como católica antes de ingressar na CT.
CT2 Evangélico de missão	Raquel	Era evangélica, agora se diz uma "filha de Deus" sem religião.
	Talita	Não tinha/tem religião. "Tenho o meu Deus".
	Abigail	Diz que "está vivendo com o espírito santo" e que não tinha/tem religião.
	Hosana	Foi católica, tornou-se evangélica após ingressar na CT.
	Eva	Não tinha religião, tornou-se evangélica após ingressar na CT.
CT3 Pentecostal	Madalena	Já se definia como evangélica antes de ingressar na CT.
	Judite	Tornou-se evangélica após ingressar na CT.
	Geni	Não tinha/tem religião. "Acredito em Deus".
	Eunice	Tornou-se evangélica após ingressar na CT.
	Elisa	Tornou-se evangélica após ingressar na CT.

Fonte: Entrevistas e sumarização da autora.

Outro dado relevante para entender as dimensões do envolvimento das internas com a crença e o engajamento são suas narrativas a respeito do que consideram o “verdadeiro encontro com Deus”. Sob essa perspectiva, Raquel, 32 anos, mãe de quatro filhos, dependente de cocaína e álcool, residente há um ano e quatro meses na CT2, fala sobre sua experiência.

Eu passei um tempo aqui dentro achando que era só obedecer às regras, que era só ser uma boa moça. No geral, você dizer que você obedece as regras, que você faz a sua parte. Por exemplo, eu fazia a minha parte, mas eu não tava nada fazendo a minha parte porque eu tava me escondendo atrás de uma capa de religiosidade. Porque eu escutava todos os cultos, eu sabia onde tinha as palavras escritas na bíblia, mas eu não vivia as palavras que eu lia. Muitas vezes eu gravava por um status, eu queria saber porque eu queria que o pastor chegasse aqui e eu respondesse bem, ser a respondona que responde as coisas, que fala bem, a que sabe muito bem onde tem referências. Então, é... Eu me escondi numa capa de religiosidade. Eu de verdade não deixei Jesus entrar no meu coração e trabalhar o que precisava ser trabalhado [...] Então, aqui dentro da [CT2] foi muito bom pra mim descobrir quem sou eu, porque eu não sabia quem era eu. Eu não me conhecia. Eu não sabia das coisas que eu era capaz e do que eu sou capaz de fazer com Deus e em Deus. Que Deus de verdade pode mudar aquela velha criatura horrorosa pra uma mulher que eu sou hoje, uma mulher que ora, uma mulher que tem determinação de querer ter um relacionamento familiar restaurado. Que hoje almeja ser uma boa mãe (Raquel, interna da CT2, destaques nossos).

Raquel tem uma trajetória muito comum entre mulheres que passam por CTs. Ela, que antes de ingressar na CT2 passou um breve período na CT3⁴¹, conta que seu maior objetivo era se livrar da dependência de cocaína e álcool e ter condições de reaver a guarda de seus filhos. Todavia, a primeira tentativa na CT3 não gerou os resultados que esperava, o que a levou a abandonar a instituição e retornar ao uso de drogas. Tempos depois, seus familiares lhe sugeriram a CT2 e Raquel decide tentar novamente. Ao ingressar na CT2, ela assume a postura de “boa moça”, que decora versículos bíblicos e segue à risca todas as regras da instituição. Entretanto, todo esse engajamento não lhe parecia suficiente, pois, do seu ponto de vista, o que fazia era apenas uma forma de se esconder sob uma “capa de religiosidade”. Tudo muda quando Raquel “descobre quem é” e que Deus pode de verdade mudar a “velha criatura” que ela era. É após esse momento, depois de atingir um nível de crença que considera genuína, que Raquel se vê como uma mulher apta a ter uma família e ser uma boa mãe. Ainda assim, nossa entrevistada diz não ter religião e se classifica unicamente como “uma filha de Deus”, o que pode nos servir como um registro do exercício de sua agência diante da fé pregada dentro da CT2. Sua crença parece ter certo grau de independência em relação à instituição.

Narrativas semelhantes à de Raquel foram encontradas entre outras acolhidas que passaram por mais de uma CT e/ou que tiveram várias idas e vindas numa mesma CT, como Madalena, Geni, Rebeca, Abigail e Talita. Elas, que atribuem o malogro de suas tentativas anteriores a não terem “deixado Jesus entrar no coração”, convergem também na maneira como interpretam a experiência atual ao enfatizarem que “agora é diferente”, que dessa vez houve um “encontro com Deus” e, portanto, sabem que terão sucesso ao concluírem a estadia na CT.

Interessante perceber que essas mulheres se sentem mais autorizadas a exercer seu poder de agência em relação às orientações religiosas e espirituais das CTs, do que a relativizar as orientações institucionais sobre maternidade e casamento. Esse aspecto sugere que, provavelmente, a força dessa moralidade sobre o papel feminino é ainda maior do que a própria moralidade religiosa, dentro da CT, inclusive porque tal moralidade transcende aquele espaço, estando difundida por toda a sociedade. Diante dessas observações, é possível apreender que os caminhos pelos quais se desenvolvem a crença e o engajamento não são lineares nem coerentes. Ainda que a instituição tente se apresentar como um poder imperioso, há uma esfera de vontade que pulsa e vibra com a força criadora capaz de dar vida a novas modalidades de conexão com o sagrado e a experiências diversas com as práticas religiosas.

CONCLUSÃO

A análise do material coletado para esta pesquisa possibilitou constatar que o “novo” *ethos* elaborado nas CTs não promove, efetivamente, uma ruptura com o padrão dominante na sociedade para o gênero feminino. Por ser fundamentado na moralidade cristã, esse *ethos* feminino permanece em conformidade com o padrão da sociedade mais abrangente, em que as mulheres são frequentemente avaliadas segundo a expectativa de que não vivam uma “sexualidade errada” e de que cumpram com afinco o papel de “boas mães”⁴². Nesse sentido, a meta no horizonte das CTs seria um retorno ao patriarcado, que foi um tanto desconstituído na experiência das mulheres urbanas contemporâneas.

⁴¹ Raquel, inclusive, relata ter encontrado na CT2 duas mulheres que conheceu na CT3, o que pode ser um indicativo de que existe uma “rota de circulação” de mulheres dependentes de drogas entre CTs com perfil religioso.

⁴² Fernandes, “Figuras da causação”, 5-7.

Todavia, para que essa dinâmica funcione, é fundamental mobilizar a acusação e o estigma da “mãe abandonante”. Pois, se é possível que a sociedade contemporânea aceite, em alguma medida, a autonomia feminina frente aos homens, não há concessões à mãe que supostamente abandona seus filhos. Assim, a introjeção desse estigma, pelas mulheres aqui apresentadas, pode ter sido a grande chave que “abriu seus corações para Jesus” ou, em outras palavras, mobilizou suas energias para buscar mudanças de comportamento⁴³.

Da mesma forma, os dados apontam que a assistência oferecida pelas CTs apela em vários aspectos para a moralidade cristã e para outras questões morais arraigadas na sociedade patriarcal. A maternidade, o casamento e a conversão associados à abstinência e à disciplina compõem o conjunto da abordagem de cunho moral empregada por essas CTs na intenção de reformular as carreiras morais das acolhidas⁴⁴.

A busca pelo cumprimento das categorias que formam o tripé “boa mãe + boa esposa + boa fiel”, como foi demonstrado, não é vivida de forma padronizada e simultânea por todas as acolhidas. Tendo em vista as particularidades de suas trajetórias e seu poder de agência, essas mulheres podem priorizar uma das três performances, deixando as demais momentaneamente em segundo plano.

Por fim, o conceito fenomenológico de corporeidade tratado por Csordas⁴⁵ contribui para a compreensão da experiência com o sagrado narrada pelas mulheres em acolhimento. Segundo o autor, “o corpo não é um objeto em relação à cultura, mas é o sujeito da cultura”. Adotando essa perspectiva, afasta-se do aspecto mecanicista da observação da (in)eficácia dos processos terapêuticos e debruça-se sobre a exploração do significado construído por meio da experiência com o sagrado e nas transformações que o sujeito experimenta durante o período que permanece na CT. A adesão à crença, marcada pela frase “deixar Jesus entrar no coração”, tão repetida pelas entrevistadas, indica a existência de um divisor nas trajetórias dessas mulheres. O momento em que o engajamento nas práticas religiosas institucionais se junta à crença na ação do sagrado é compreendido pelos atores em questão como o marco inicial da transformação e da cura do indivíduo. Inclusive, nos casos das entrevistadas que passaram por várias CTs e/ou abandonaram e retornaram diversas vezes para uma mesma CT, a interpretação que se faz tanto por parte das lideranças quanto das acolhidas é que a “capa de religiosidade” não é suficiente para alcançar os benefícios prometidos pela instituição. A religiosidade por si só, entendida aqui como um processo mecânico de repetição ritualística, não promove a transformação substancial almejada pelos atores da CT, já que a prática sem a crença, nesse contexto, é vazia de significado.

Todavia, como se sabe, a efetividade da mudança de comportamento só poderá ser testada quando essas mulheres retornarem às contingências da vida extramuros. As reiteradas internações, assim como a construção de carreiras religiosas ou terapêuticas após períodos de estadia em CTs, indicam que esse encontro com o sagrado requer certas condições ambientais, como o afastamento das pressões cotidianas pela sobrevivência, que as CTs oferecem, mas nem sempre estão ao alcance dos sujeitos quando fora delas.

⁴³ Agradecimento a Maria Paula Gomes dos Santos pelos comentários pertinentes a esse ponto.

⁴⁴ Goffman, *Estigma*, 41-50.

⁴⁵ Thomas Csordas, *Corpo significado cura* (Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008), 102.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: UM ESTUDO SOBRE ACESSO E BARREIRA A CUIDADOS EM SAÚDE

LEANDRO DOMINGUEZ BARRETTO¹ E EMERSON ELIAS MERHY²

Esta pesquisa parte da experiência do primeiro autor em uma rede de atenção a pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas. Atuando entre 2014 e os primeiros meses de 2020 em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad) de característica docente-assistencial³, localizado no Município de Salvador, Bahia, deparou-se com uma importante presença de comunidades terapêuticas (CTs) nas trajetórias assistenciais de diversos usuários⁴ acompanhados no serviço. Também como experiência propulsora deste estudo, traz-se a participação, do mesmo autor, na formulação de políticas públicas como membro do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Estado da Bahia, de 2016 a 2018, acompanhando o esforço dessa entidade na construção de critérios e de mecanismos para a fiscalização e a certificação das CTs no âmbito estadual⁵, realizando e acompanhando resultados de inspeções a tais instituições, bem como a elaboração de propostas de capacitação para os profissionais das CTs no estado.

A denominação “comunidade terapêutica” surge na Inglaterra, na década de 1940, por meio de serviços voltados para pessoas sob tratamento psiquiátrico, como uma tentativa de reforma do sistema hospitalar tradicional, com vistas a um tratamento mais democrático e com maior proximidade entre terapeutas e internos. Na década de 1960, crescem, nos Estados Unidos, programas de comunidades terapêuticas exclusivos para pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas, popularizando as CTs como serviço especializado no tratamento desse público⁶. No Brasil, as primeiras CTs também surgem na década de 1960, com uma significativa expansão ao final da década de 1990 e início dos anos 2000. Segundo pesquisa do IPEA, das um mil, novecentos e cinquenta CTs pesquisadas em 2016, 78% foram fundadas depois de 1996, sendo 38,2% dentre estas depois de 2006⁷. Em 2011, o lançamento do plano “Crack, É Possível Vencer” pelo governo federal deu início à transferência de recursos federais

¹ Médico de Família e Comunidade. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

² Médico Sanitarista. Professor Titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus-Macaé. Professor permanente do Programa EICOS, Instituto de Psicologia- UFRJ.

³ Serviço vinculado à Universidade Federal da Bahia, inserido na rede local de saúde. O CAPSad realiza assistência à população, bem como atividades docentes para alunos de graduação e pós-graduação de diferentes cursos da área da saúde. Oferece também atividades de capacitação para a rede de atenção intersetorial às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas no estado, por meio de parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

⁴ Utiliza-se o termo “usuário” de serviços enquanto cidadão de direitos, como referência às pessoas que buscam assistência nas redes de atenção. Ministério da Saúde do Brasil. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2ª ed. (Brasília: Ministério da Saúde, 2007), 1-9.

⁵ Resolução CEPAD nº 003/ 2018 da *Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social* do Governo da Bahia.

⁶ George De Leon, *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*, 5ª ed. (São Paulo: Loyola, 2014), 13-36.

⁷ IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Brasília: IPEA, 2017), 17.

para essas organizações através do Ministério da Justiça⁸. Também em 2011, as CTs foram formalmente incluídas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”⁹.

As CTs brasileiras têm sido alvo de diversas denúncias de desrespeito e maus tratos a usuários assistidos por esses serviços, registradas em inspeções^{10,11} ou na imprensa¹². Na experiência do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CEPAD/BA), também constataram-se ocorrências semelhantes em algumas CTs do estado. No cotidiano do CAPSad, percebeu-se a tensão entre a demanda pelos serviços ofertados pelas CTs e a dificuldade de muitos usuários em sustentarem a internação, diante de situações por eles descritas como abusivas ou desrespeitosas. Além de relatos de violência física em alguns estabelecimentos¹³, o rigoroso regime disciplinar era apresentado de forma opressiva, com a obrigação de seguir a rotina cotidiana, participar de atividades religiosas e/ou realizar trabalhos manuais, com aplicação de diferentes punições em caso de recusas. Restrições à liberdade de contato com familiares e visitas também eram relatadas. Em face dessas circunstâncias, muitos usuários não conseguiam se manter internados, abandonando a CT em dias ou semanas e retornando, assim, à condição de vulnerabilidade. Por outro lado, entre os que conseguiam seguir o tratamento nas CTs, não eram incomuns usuários que se distanciavam de outros serviços e de suas próprias relações afetivas. Consideraram-se tais situações como barreiras ao cuidado desses indivíduos, pois tanto limitavam o acesso a serviços buscados na própria CT – com as desistências dos internos – como restringiam as conexões dos usuários com suas redes de relações.

Adota-se o conceito de acesso – ou barreira – a cuidados para além da acepção físico-geográfica¹⁴, buscando interrogar a qualidade do que foi acessado. Compreende-se que um acesso qualificado implica um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades, capaz de aliviar o sofrimento, mas também ampliar suas redes de conexões, aumentando sua capacidade para lidar com as adversidades da vida¹⁵. Entende-se que cuidar é se comprometer com o indivíduo e suas singularidades, o que envolve ações de

⁸ Maria Paula Gomes dos Santos, “Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018), 28.

⁹ Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde.

¹⁰ Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal, *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas 2017* (Brasília: CFP, 2018).

¹¹ Conselho Federal de Psicologia, *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* (Brasília: CFP, 2011).

¹² Clarissa Levy, “Adolescentes denunciam tortura e mostram marcas de violência em comunidade terapêutica evangélica”, *Pública*, 30 de outubro de 2020, acessado em 20 de novembro de 2020, https://apublica.org/2020/10/adolescentes-denunciam-tortura-e-mostrar-marcas-de-violencia-em-comunidade-terapeutica-evangelica/?mc_cid=50f17a2991&mc_eid=60e0cddd8d

¹³ Utiliza-se o termo conforme nomenclatura do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde.

¹⁴ Emerson Elias Merhy, Laura M. C. Feuerwerker e Erminia Silva, “Contribuciones metodológicas para estudiar La producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental”, *Salud Colectiva* 8, no. 1 (enero-abril 2012), 25–34.

¹⁵ Emerson Elias Merhy et al., “Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”, in *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*, vol. 1, ed. Emerson Elias Merhy et al. (Rio de Janeiro: Hexis, 2016), 31-42.

apoio/suporte aos diferentes modos de estar no mundo, construindo conexões que aumentem as potencialidades de cada um, muito além de doenças ou diagnósticos¹⁶. Trata-se de acesso a cuidados construídos com o outro e a partir do outro, pautado pelo encontro vivo entre trabalhador e usuário¹⁷. No entanto, muitas condutas assistenciais subordinam desejos e projetos dos usuários a padrões e protocolos, limitando, em maior ou menor grau, sua participação, suas visões de mundo e suas escolhas terapêuticas, estão que se torna a “causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população”¹⁸. Produzem, assim, barreiras para que os usuários acessem cuidados centrados em suas reais necessidades.

Assim, compreendendo as CTs como parte da mesma rede de atenção às pessoas acompanhadas pelo CAPSad, questionava-se sobre a participação desses serviços nos distintos projetos terapêuticos dos usuários: quais acessos/serviços esses usuários buscavam nas CTs como parte da sua rede de cuidados? O que se considerava como barreiras ao cuidado de fato era percebido dessa forma pelos usuários? Havia outras barreiras não captadas? Para responder a tais questões, foi conduzido um estudo a partir das trajetórias de cuidado de usuárias e usuários acompanhados pelo CAPSad e por CTs da rede em questão, com o objetivo de analisar a produção do cuidado ofertado por essas CTs e a existência de possíveis mecanismos de barreira a esse cuidado¹⁹.

CAMINHOS PERCORRIDOS NA PESQUISA²⁰

Na construção desta pesquisa, adotou-se o conceito-ferramenta “usuário-guia” como um recurso metodológico, utilizado em outras pesquisas sobre acesso e barreira a cuidados em saúde²¹. Para além de ser considerado como um “caso de alta complexidade para a rede de cuidado, que tem como consequência o fato de ser um grande utilizador das redes em oferta”²², o usuário-guia é uma aposta ético-metodológica que busca deslocar o olhar do pesquisador para a perspectiva do usuário²³, considerando que é a partir dessa perspectiva que se deve conduzir através das redes e experiências que ampliam ou limitam seus projetos de vida. Na busca dessas trajetórias de vida e desses cuidados,

¹⁶ Laura Camargo Macruz Feuerwerker, “Cuidar em saúde”, in *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde surpreendendo o instituído nas redes*, vol. 2, ed. Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi e Emerson Elias Merhy (Rio de Janeiro: Hexis, 2016), 35.

¹⁷ Emerson Elias Merhy, *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo* (São Paulo: Hucitec, 2002).

¹⁸ Aluisio G. da Silva Jr, Emerson E. Merhy e Luis C. de Carvalho, “Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde”, in *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, ed. Roseni Pinheiro e Ruben Mattos (Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2003), 124.

¹⁹ A pesquisa foi desenvolvida no âmbito do programa de pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (Programa EICOS) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo sido posteriormente contemplada pelo edital do programa Drogas, Segurança e Democracia da *Social Science Research Council*.

²⁰ Agradecimento à professora Kathleen Tereza da Cruz e ao coletivo da disciplina “Estudos Avançados em Redes Comunitárias na Saúde” – 2020.2, do Programa EICOS/UFRJ, pelas relevantes contribuições na construção deste texto.

²¹ Maria Paula Cerqueira Gomes e Emerson Elias Merhy, *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*, ed. Maria Paula Cerqueira Gomes e Emerson Elias Merhy (Porto Alegre: Rede UNIDA 2014), 1-176.

²² *Ibid.*, 13.

²³ Clarissa Terenzi Seixas et al., “O vínculo como potência para a produção do cuidado”, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 23, no. e170627 (2019): 1–14.

assumiu-se a postura de cartógrafos de “paisagens psicossociais”²⁴, recolhendo não somente as ocorrências, mas também seus efeitos subjetivos, mobilizações internas e afetos, “tudo que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido”²⁵ para a investigação.

Optou-se por identificar os usuários-guia a partir do CAPSad da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde surgiram nossos questionamentos iniciais. Entre as funções dos CAPS, está a de “organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”²⁶, apresentando-se como um lugar privilegiado para a observação da rede de atenção em está inserido. Além disso, na perspectiva cartográfica, a vivência do primeiro autor em tal serviço propiciou o recolhimento de outras experiências²⁷ junto aos usuários-guia, conformando-se como mais uma fonte de informações pelo registro em diário cartográfico²⁸.

Assim, entre julho e agosto de 2020, selecionaram-se, junto com a equipe do CAPSad, cinco usuários-guia, tendo como critérios o histórico de ao menos uma internação em CT durante o período de acompanhamento no CAPSad e ser maior de dezoito anos. A pandemia de COVID-19 interferiu no processo de seleção, pois excluiu possíveis candidatos em decorrência das dificuldades de contato e de deslocamento no período. Recolhendo narrativas de distintas fontes – prontuários e entrevistas com profissionais e usuários-guia –, cartografou-se não somente seus itinerários terapêuticos²⁹, mas também as diversas conexões afetivas que esses usuários vão produzindo em suas vidas, as quais também os constroem como indivíduos.

Além dos cinco usuários-guia, foram entrevistados, individualmente, cinco profissionais do CAPSad envolvidos nas trajetórias de cuidado dos usuários selecionados. Outros seis profissionais agregaram-se à entrevista coletiva, com foco na relação entre CAPSad e CT. Não foram entrevistados profissionais de outros serviços da rede. As entrevistas foram realizadas no espaço físico do CAPSad ou em visita domiciliar a usuários, respeitando os protocolos sanitários locais de proteção na pandemia. A entrevista coletiva com profissionais do CAPSad foi realizada à distância, com uso de plataforma digital. Além da narrativa de cada ator sobre a trajetória assistencial, o cuidado e a história de vida dos usuários-guia, as entrevistas incentivavam que se falasse sobre a relação estabelecida com as CTs, durante as internações³⁰.

²⁴ Suely Rolnik, *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo* (Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007), 65.

²⁵ *Ibid.*, 65.

²⁶ Portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde, que estabelece as modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III.

²⁷ Jorge Larrosa Bondía, “Notas sobre a experiência e o saber de experiência”, *Revista Brasileira de Educação* 1, no. 19 (2002): 1–15.

²⁸ Helvo Slomp Junior et al., “Contribuições Para Uma Política De Escrita Em Saúde: O Diário Cartográfico Como Ferramenta De Pesquisa”, *Athenea Digital* 20, no. 3 (2020): 1–21.

²⁹ Paulo César B. Alves e Lara Maria A. Souza, “Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico”, in *Experiência de doença e narrativa*, ed. Míriam Cristina M. Rabelo, Paulo César B. Alves e Lara Maria A. Souza (Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999), 125-138.

³⁰ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (FMB/UFBA) em maio de 2020, CAAE: 31511720.8.0000.5577.

Na fase exploratória³¹, consultou-se a literatura disponível sobre CTs para orientar a investigação e a análise do material recolhido, buscando correlacionar os achados de campo com evidências já descritas. Na análise dos itinerários, utilizou-se a ferramenta “Fluxograma Analisador”³², favorecendo a visualização da rede, dos processos decisórios e das interrupções de fluxos. A partir da literatura e de encontros no campo da pesquisa, elegeram-se analisadores³³ que evidenciassem elementos relacionados ao cuidado em saúde e às respectivas situações de acesso e de barreira, buscando conformar um mapa analítico de tais elementos. Após breve descrição dos usuários-guia, apresentara-se os resultados e a discussão a partir dos seguintes analisadores: Motivações para a internação; Tratamento de conversão; “Me senti maltratada”; Conexões existenciais; e Relação CAPSad-CT.

Usuários-guia

Utilizando nomes fictícios, apresenta-se um recorte das histórias dos usuários-guia desta pesquisa.

Aruana^{34,35} é uma mulher negra natural de Salvador, Bahia, que tem entre 30-40 anos de idade. Relatou os primeiros abusos sexuais cometidos por seu padrasto quando tinha por volta de nove anos de idade. Disse que sua mãe não acreditava em suas denúncias, o que a motivou a sair definitivamente de casa aos doze anos e viver nas ruas, onde começou a fazer uso de álcool, de *crack* e a prostituir-se. Frequentou diversos serviços de cuidados, como o Projeto Axé³⁶ – onde aprendeu a dançar – e o Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD-UFBA)³⁷, onde iniciou acompanhamento clínico, aos quatorze anos. Envolveu-se com o tráfico e, mais uma vez, sofreu na relação com os homens. “A usuária [de drogas] é escrava do homem”, disse, ao falar da situação das mulheres nas ruas. Contou que sua única proteção era sua faca, que precisava “se impor” para ter respeito e não sofrer abusos. Durante alguns anos estabeleceu um relacionamento com uma mulher mais velha, com quem conviveu, o que lhe traz boas lembranças. Com o tempo, reaproximou-se de sua mãe, com quem mantém contato e eventualmente solicita ajuda. Frequentou outros serviços relacionados ao uso problemático de drogas: o Programa Corra para o Abraço³⁸; duas internações em

³¹ Maria Cecília de Souza Minayo, *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*, 8ª ed. (São Paulo: Hucitec, 2004), 89-104.

³² Emerson Elias Merhy, “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”, in *Agir Em Saúde: um desafio para o público*, ed. Emerson Elias Merhy e Rosana Onocko, 2ª ed. (São Paulo: Hucitec, 2002), 71-112.

³³ Gregório F. Barembliitt, *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática* (Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992), 69-72.

³⁴ Aruana é um nome indígena brasileiro associado ao gênero feminino, que significa “sentinela”, <https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>.

³⁵ Por sugestão da própria Aruana, também foram colhidas informações de sua história de vida em outra pesquisa em que havia participado: Patrícia Maia Von Flach, *Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça das Duas Mãos – Salvador-Bahia* (Tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019), 177-183.

³⁶ Organização não governamental sem fins lucrativos, fundada em 1990, voltada para a “defesa e proteção à criança e ao adolescente”. Acessado em 30 de novembro de 2020, <http://www.projetoaxe.org/brasil/>.

³⁷ Mais informações disponíveis em <http://www.cetadobserva.ufba.br>.

³⁸ Iniciativa da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Governo do Estado da Bahia. “Tem como objetivo promover cidadania e garantir direitos de pessoas que fazem uso abusivo de drogas em contextos de vulnerabilidade, ou afetadas por problemas relacionados a criminalização das drogas, baseado nas estratégias de Redução de Danos físicas e sociais, aproximando seus beneficiários das políticas públicas existentes”. Acessado em 28 de novembro de 2020, <http://www.corraproabraco.wordpress.com/>.

CTs; e o CAPSad da UFBA. Em 2016, começou a atuar em movimentos sociais – disse que passou a ter consciência de seus direitos e de como brigar por eles “sem ser na violência”. Passou a afirmar sua identidade de “maloqueira” e a defesa de seus colegas de vida e de rua. Sofreu a morte de três pessoas muito queridas nos últimos anos – a última, no início da pandemia –, entrando em novos períodos de alto consumo de drogas e de desorganização da vida, que culminaram com nova internação em CT no período. No momento da entrevista, Aruana residia em um abrigo, mas nos encontrou no CAPSad para a conversa.

Piatã³⁹ é um homem negro, entre 30-40 anos de idade, que cresceu em uma comunidade pobre da cidade. Na adolescência, começou a realizar furtos e posteriormente assaltos à mão armada. Com o tempo, afastou-se da família até passar a viver nas ruas, com dificuldade de controlar o consumo de *crack* e de cocaína. Passou por internações em três diferentes CTs, abandonando o tratamento em todas elas. Fala, com alguma mágoa, que amigos e família lhe “viraram as costas” pelas escolhas que fez na vida, tendo que “batalhar sozinho” para superar a “dependência”. No entanto, mantém atualmente boa relação com a família, morando próximo a vários familiares no bairro onde cresceu. É descrito pelos profissionais como uma pessoa tranquila. Em 2014, ao realizar um assalto, foi ferido por arma de fogo no braço e preso. Após esse incidente, recebeu assistência jurídica do Programa Corra para o Abraço, a ele se vinculando. A lesão no braço transformou-se em uma osteomielite, que passou a ser motivo para constante busca por assistência. Retomou o relacionamento com uma antiga companheira, afirmando que “ficou muito bem” nesse período. Em 2018, viveu um rompimento traumático dessa relação. “Aquilo descarrilou em cima de mim...”, contou, levando-o novamente às ruas e a um consumo intenso de drogas. Ao sair da CT, conseguiu trabalho no seu bairro fazendo “bicos” de barbeiro e pedreiro, onde também conheceu sua atual companheira. Recebeu-nos para a entrevista em sua casa, que exibiu com orgulho como bonita e bem cuidada.

Potira⁴⁰ é uma mulher negra, entre 50-60 anos. Cresceu em uma situação de grande pobreza, com história de muita violência na infância. Iniciou o uso de álcool na infância, trabalhando no bar de propriedade de sua família. Ao longo da vida, relacionou-se com diferentes homens, com os quais teve seis filhos. A relação com a maternidade sempre foi uma grande dificuldade para Potira, levando-a a entregar todos os filhos para o cuidado de outras pessoas. A filha caçula é a única com quem conviveu por mais tempo, oito anos, mas acabou entregando-a ao Conselho Tutelar em uma de suas crises (a menina foi adotada posteriormente). Apesar das adoções, Potira sempre manteve algum contato com todos os filhos ao longo de sua vida, pois conhecia as pessoas que os criavam. Além do consumo do álcool – e eventualmente de *crack* – Potira apresentava frequentes episódios de agitação e de discurso suicida, o que a levava a ser internada em hospitais psiquiátricos, recebendo diferentes diagnósticos. Sofreu muito com a morte de seu último companheiro em um atropelamento. Também perdeu dois de seus filhos mais velhos, assassinados. Chegou ao CAPSad da UFBA em 2012. Vivenciou diversas internações em CTs, em estabelecimentos localizados em Aracaju, Sergipe, e em cidades na Bahia (Conceição do Coité, Salvador, Itaparica e Feira de Santana), geralmente associadas a situações de crises. Durante uma internação, um de seus filhos vendeu sua casa e fugiu com o dinheiro, provocando

³⁹ Piatã é um nome indígena brasileiro associado ao gênero masculino, que significa “pedra dura” ou “homem forte”, <https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>.

⁴⁰ Potira é um nome indígena brasileiro associado ao gênero feminino, que significa “flor”, <https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>.

um longo período de luto. Em 2018, entrou no Programa de Intensificação de Cuidados (PIC)⁴¹, ajudando-a a reaproximar-se dos filhos que estavam vivos. A entrevista foi realizada no abrigo em que ela reside atualmente.

Taiguara⁴² é um homem negro que tem entre 40-50 anos e que cresceu no centro histórico de Salvador, mudando-se na década de 1990, após sua família receber indenização do governo do estado para deixar o casarão onde residiam. No entanto, Taiguara permaneceu vinculado à região do centro, vivendo nas ruas e voltando à vizinhança eventualmente. “Sou nascido e criado no Pelourinho. Daqui não saio, daqui ninguém me tira”, contou. Nas ruas, envolveu-se cada vez mais com o uso de drogas, com pequenos furtos e com o tráfico. Com o tempo, foi proibido de acessar o bairro onde sua mãe reside, por proibição do tráfico local, vinculado a uma facção inimiga. Chegou ao CAPSad em 2013, quando ainda vivia nas ruas do centro. Em sua história de acompanhamento no serviço, apresentou diversos episódios de prisões por roubo ou tráfico de drogas, bem como muitos registros de atendimentos médicos secundários a traumas e episódios de violência. Em 2016, sofreu uma tentativa de homicídio, ficando internado em hospital geral e posteriormente em uma CT, obtendo alta sem sequelas. Seu gosto por música o levou a envolver-se com uma banda de percussão, que não teve seguimento. Também manteve acompanhamento no Programa Corra para o Abraço, participando de uma formação para redutores de danos. Segue vivendo nas ruas do centro da cidade, envolvido com pequenos crimes e frequentando os serviços para atendimento de demandas eventuais, em geral de clínica médica, serviço social e apoio em questões jurídicas relacionadas aos processos legais que a que responde. Durante nossa pesquisa, estava residindo em um abrigo, onde nos recebeu para a entrevista.

Iberê⁴³ é um homem negro que tem entre 30-40 anos. Iniciou acompanhamento no CAPSad ao final de 2019. Mora com sua mãe, que o acompanha em diversos atendimentos. Iberê conta que começou a fazer uso de drogas “há bastante tempo”, mas somente nos últimos anos “perdeu o controle”, usando principalmente *crack* e cocaína. O alto consumo levou Iberê a contrair dívidas frequentes, sofrendo agressões e ameaças de morte. Recentemente, ele e sua mãe mudaram de bairro por conta das ameaças do tráfico e para se afastar das “más influências”, mas, no novo bairro, Iberê voltou a fazer uso de *crack*. A mãe diz que Iberê é “um menino tranquilo” que não se envolve com roubo ou tráfico, nem age agressivamente. Além do uso de *crack*, apresentou nos últimos anos sintomas de agitação e delírios persecutórios, tendo passado por uma internação em hospital psiquiátrico antes de chegar ao CAPSad. Dois meses antes do início desta pesquisa, já durante a pandemia, pediu para ser internado, pois estava “muito angustiado”. Conseguiu acesso a uma CT, mas só permaneceu no estabelecimento por trinta dias. Continua residindo na casa de sua mãe – onde nos recebeu para entrevista – e recebe acompanhamento ambulatorial.

⁴¹ Programa de extensão universitária com uma equipe composta por profissionais e estudantes da área da saúde, atuando conjuntamente com a equipe do CAPSad para ofertar escuta e acompanhamento diário dos usuários vinculados ao programa.

⁴² Taiguara é um nome indígena brasileiro associado ao gênero masculino, que significa “o liberto” ou “homem livre”, <https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>.

⁴³ Iberê é um nome indígena brasileiro associado ao gênero masculino, que significa “rio rasteiro” ou “rio que se arrasta”, <https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/>.

Motivações para a internação

Este foi um dos primeiros analisadores que surgiu no campo, apontando para distintos interesses dos usuários ao procurar as CTs.

Aruana conta que suas primeiras internações em CT ocorreram através de abordagem nas ruas, feita por equipes do próprio serviço. “Eu estava muito mal, sem me cuidar, sem tomar banho, usando muito... aí aceitei”, disse ela. Nas internações seguintes, a iniciativa surgiu da própria Aruana. “Foi igual das outras vezes. Eu tava na louca... Aí minha TR [técnica de referência] conseguiu uma vaga pra mim, pra eu dar um tempo”. Em menos de um ano, retornou a essa CT pelo mesmo motivo, “dar um tempo” de uma situação crítica na sua vida, quando o uso estava excessivo e o autocuidado prejudicado. Sua última internação em CT, em 2020, ocorreu após a morte de seu irmão, que a levou a um quadro de intenso sofrimento e consumo descontrolado de álcool e de *crack*. Sobre as internações, fala claramente do interesse por cuidados gerais em momentos de fragilidade.

A segunda internação de Taiguara em CT ocorreu após ele sofrer uma grave tentativa de homicídio com arma de fogo. Após internação hospitalar, em UTI e enfermaria, obteve alta e foi encaminhado pela equipe do CAPSad, no mesmo dia, para uma CT. O objetivo principal era evitar que Taiguara retornasse para as ruas, garantindo abrigo e alimentação para uma pessoa convalescente, recuperando-se de cirurgia. Além disso, a equipe buscava protegê-lo de uma nova tentativa de assassinato, afastando-o do território por mais tempo, até a situação “esfriar”. Taiguara saiu da CT após “cinco meses e quinze dias”, por conta própria. “Quando achei que já estava bom eu saí. Até podia aguentar mais, mas achei que não precisava”, contou sobre sua decisão. “Mas não queriam me deixar sair, não, viu?! ‘Briguei’ pra sair!”, disse ele sobre a insistência que precisou demonstrar para conseguir a alta.

Potira também conta que buscava internações em momentos em que “a vida estava muito difícil”, associados a sentimentos de “dor e desespero”, desencadeando grande consumo de álcool e riscos de suicídio. A internação em CT era fator de alívio nestes momentos.

Esses relatos mostram uma busca por internação em CT para cuidados em momentos de ameaça à vida, seja por violência, seja por precário estado de autocuidado, relacionados, ou não, a um agudo e excessivo aumento no uso de drogas. “Abrigamento provisório” ou “refúgio provisório” foi como os profissionais do CAPSad abordaram os motivos para internação nas CTs. Um lugar para se “restabelecer”, mantendo uma abstinência provisória, em espaço protegido, com abrigo e alimentação. Outras pesquisas, realizadas diretamente com CTs, também trazem relatos de internações com o objetivo de proteção, refúgio ou exílio^{44,45,46}.

Profissionais do CAPSad relatam experiências de usuários que preferiam CTs aos abrigos – ou ao acolhimento noturno em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPSad III) –, pois buscavam um período de abstinência, considerando mais fácil alcançá-lo em uma instituição

⁴⁴ Cesar Pinheiro Teixeira, “O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico”, *Religião & Sociedade*, 36, no. 2, (2016): 111. <https://doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap06>.

⁴⁵ Taniele Rui, “A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica”, *DILEMAS: Revista de Estudos de Controle e Conflito Social*, 3(8), (2010), 55.

⁴⁶ Sobre este assunto, ver também artigo de Carly Machado publicado nesta série.

fechada. Os profissionais também relatam que as CTs são alternativas aos abrigos e ao CAPSad III quando estes não têm vagas, o que é frequente. Dados de 2015 sobre a oferta de serviços para a população de rua em Salvador, Bahia⁴⁷, indicam uma precária rede de abrigos, além de um único CAPSad III com acolhimento noturno 24h servindo uma cidade que tem cerca de três milhões de habitantes.

Nas experiências citadas, vê-se usuários buscando as CTs como forma de reduzir danos, não somente provocados pelo uso de álcool e de outras drogas, mas também relacionados com contextos de vida de grande vulnerabilidade. Muitas dessas pessoas não declaram o desejo de uma vida sem drogas, mas pedem acolhimento e cuidados em momentos de dificuldades. Percebe-se que tal acesso contribui para a preservação da vida em muitas situações. No entanto, trata-se de uma demanda distinta do que é tradicionalmente apresentado como proposta assistencial das CTs, que têm na abstinência completa e na modificação de comportamento suas metas terapêuticas⁴⁸, não admitindo a manutenção do uso de álcool e de outras drogas em qualquer hipótese⁴⁹. Assim, configuram-se dois planos de cuidados distintos: de um lado, o usuário buscando alívio provisório e, de outro, o estabelecimento tentando propiciar uma mudança definitiva. Esse antagonismo se mostra como uma disputa de planos de cuidado⁵⁰ entre profissionais e usuários, podendo acarretar barreiras que em último caso, resultam na desistência ou no desligamento da internação, como se discutirá mais adiante.

Tratamento de conversão

Ao falar de sua segunda internação em CT, Taiguara afirmou que o tratamento não “servia” para ele. Disse que “pra ficar mesmo livre das drogas, só se entregando pra Jesus. Vivendo vida de cristão, sabe?”, pois era assim que ele via as pessoas “recuperadas”. Explicou que, para se entregar para Jesus, seria necessário seguir “um caminho reto”, mas que ele não estava disposto, e justificou: “eu não tenho nada contra. Respeito muito. Mas pra mim mesmo, não serve”. Disse que seu real desejo “era conseguir controlar a droga...” – ao falar disso, logo lembrou a última situação de descontrole que viveu: após receber a primeira parcela do auxílio emergencial da pandemia, comprou alguns pequenos produtos de que precisava e depois decidiu se divertir no centro da cidade. “Gastei tudo que eu tinha em uma noite, um bom dinheiro, com mulher e droga”, lamentou. Quando acontece isso, diz que se sente “um merda, um ‘vacilão’” e que até acaba usando mais, “só de raiva”. Contou, no entanto, que neste período está residindo em um abrigo, –o que o ajudou: “Dessa vez, quando acabou o dinheiro, voltei pro hotel social e fui dormir, com raiva, mas na minha cama, né?! Imagine queimar o dinheiro todo e depois ter que dormir na rua?!”.

Piatã conta que, em suas quatro internações em CTs, buscava “uma mudança de vida”. No entanto, relata conflitos com o processo de mudança proposto em alguns serviços. Sobre uma de suas internações, diz que o tratamento era “lavagem cerebral mesmo! Igual na cadeia, quando é pra você ser da facção”, falando das muitas pressões cotidianas para aderir aos padrões da comunidade. Relata que

⁴⁷ Nadja Conceição de Jesus Miranda, “População de Rua Em Salvador: Estudo dos Territórios e do Direito à Cidade (2005-2015)” (Tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia, 2016).

⁴⁸ Santos, “Comunidades Terapêuticas”, 28.

⁴⁹ George De Leon, *A Comunidade Terapêutica*.

⁵⁰ Luís Claudio Carvalho, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Emerson Elias Merhy, “Disputas en Torno a los Planes de Cuidado en la Internación Domiciliaria: Una Reflexión Necesaria”, *Salud Colectiva* 3 (3) (2007): 259-269. <https://doi.org/10.18294/sc.2007.146>.

sua última internação, em que permaneceu mais tempo, foi de grande ajuda para ele, mas que “também teve problemas”. Diz que se sentia constantemente vigiado, como se os profissionais e os coordenadores não confiassem nele. Relata que procurava agir conforme as orientações recebidas, porque “queria o tratamento”, mas achava que havia exigência demais. Quando recebeu alta, foi convidado pelo coordenador para continuar na CT, trabalhando como monitor. Piatã disse que agradeceu, mas recusou. Contou-nos que não queria ser “caguete”⁵¹, referindo-se ao papel do monitor do serviço, que deve “fiscalizar” e reportar comportamentos irregulares dos demais internos, além de outras atribuições. Ao nos receber em sua casa, contou que a internação foi boa, mas que está feliz por poder agir “do seu jeito” depois que obteve alta, referindo-se ao comportamento exigido no período de internação. Disse que bebe alguma cerveja no final de semana e eventualmente faz uso de cocaína, em pequenas quantidades, mas que se sente muito bem, conseguindo controlar seu consumo, tendo atualmente casa, trabalho e uma nova companheira em sua vida.

Taiguara e Piatã falam de tratamentos que implicam uma mudança de vida para além do que os usuários estavam dispostos ou de acordo. Conforme o entendimento de Taiguara, o sucesso do tratamento implicava o compromisso com uma “vida cristã”, seguindo rigorosamente seus ensinamentos. Já Piatã, sentia-se cobrado e vigiado para assumir um comportamento que o estabelecimento compreendia como meta terapêutica, pois, ao demonstrar adesão às condutas esperadas, seu processo de recuperação era reconhecido pelos profissionais.

A literatura aponta que a mudança de comportamento é, de maneira geral, a principal meta terapêutica nas CTs. A abstinência é considerada uma consequência do tratamento, mas seu objetivo principal é uma mudança completa da identidade e do estilo de vida da pessoa⁵², sendo solicitada uma entrega absoluta do indivíduo ao programa de tratamento⁵³. Outras pesquisas reafirmam práticas assistenciais voltadas para a transformação dos indivíduos, compreendida como um processo de conversão^{54,55}, com o nascimento de um novo indivíduo após o período de internação⁵⁶. Essa literatura também menciona que a nova identidade é lastreada em padrões morais, muitas vezes de base religiosa, havendo pesquisas que se referem a esse modelo como “tratamento moral”⁵⁷, “tratamento religioso-moral”⁵⁸ ou “modelo moral”⁵⁹.

⁵¹ Alcagueta.

⁵² De Leon, *A Comunidade Terapêutica*, 71.

⁵³ *Ibid.*, 348.

⁵⁴ Jardel Fischer Loeck, “Comunidades Terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: Entre o religioso-espiritual e o técnico-científico”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018), 77-101.

⁵⁵ Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Maria Cecília de Souza Minayo, “As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: O caso de Manguinhos, RJ, Brasil”, *Interface: Communication, Health, Education* 19, no. 54 (2015): 519-520, <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>.

⁵⁶ Luciane Marques Raupp e Clary Milnitisky-Sapiro, “A ‘reeducação’ de adolescentes em uma comunidade Terapêutica: O tratamento da drogadição em uma instituição religiosa”, *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24, no. 3 (2008): 361-68, <https://doi.org/10.1590/s0102-37722008000300013>.

⁵⁷ Renata Cristina Marques Bolonheis-Ramos e Maria Lucia Boarini, “Comunidades terapêuticas: ‘Novas’ perspectivas e propostas higienistas”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 22, no. 4 (2015): 1231-48, <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>.

⁵⁸ Ribeiro e Minayo, “As Comunidades Terapêuticas”, 519.

⁵⁹ Raupp e Milnitisky-Sapiro, “A ‘reeducação’”, 366.

Das experiências de Taiguara e Piatã, infere-se que o tratamento nessas CTs era destinado a uma mudança de comportamentos e valores. No entanto, essa mudança não convergia com a que buscavam os usuários, os quais declaravam desejos de seguir um caminho diferente. Ainda assim, era necessário demonstrar adesão à meta institucional para seguir o tratamento, indicando uma imposição terapêutica. Essa prática também é vista por Carvalho e Dimenstein como uma subversão ao pedido do usuário, que, ao buscar ajuda, deve se comprometer com “uma modificação de vida que vai muito além do uso de drogas”⁶⁰. Outras pesquisas apontam que as CTs costumam oferecer a mesma proposta terapêutica para todas as pessoas que procuram seus serviços⁶¹, o que denota um tratamento prescritivo, que não leva em consideração a singularidade e os desejos do usuário. O cuidado não é centrado no usuário, mas no método e na meta, representada pelo padrão comportamental do “recuperado”, que pode variar entre as CTs, mas é igual para todos de um mesmo estabelecimento. Impõe barreiras para o cuidado de necessidades, desejos ou projetos que os usuários carregam, mas que não são compatíveis com o modelo moral adotado pela instituição, compreendendo-se a moral como “um conjunto de normas, aceitas livre e conscientemente, que regulam o comportamento individual e social dos homens”⁶², de caráter histórico e relacionada com a estrutura social vigente.

Neste estudo, entende-se que, para ampliar o acesso a cuidados, é necessário que o agir em saúde deixe de estar voltado para si mesmo⁶³ e seu instrumental, abrindo-se ao usuário e orientando-se por uma ética que “desarticula o sistema de julgamento”⁶⁴ para valorizar o que potencializa cada modo de vida singular: postura ética que abraça a vida também na sua dimensão trágica; não para convertê-la, mas para cuidar de seu sofrimento, enquanto busca afirmar o que há de potência em tal vida.

“Me senti maltratada”

Na vivência do CAPSad, muitos eram os relatos de usuários sentindo-se maltratados em internações, com variações entre diferentes CTs. Nas conversas com os usuários-guia, todas e todos tinham algum relato de abuso, maus tratos ou outras violências sofridas durante internações.

Aruana conta que, em sua primeira internação, havia castigos físicos decorrentes de infrações às normas. “Tinha uma vara chamada ‘Tereza’. Quem saía da linha tinha que ‘conversar’ com Tereza”, relatou. Ela também era proibida de usar roupas masculinas, que fazem parte da sua estética e de sua autoimagem. Na segunda CT onde esteve, vivenciou práticas semelhantes de abusos. Disse que, nos dois episódios, permaneceu somente quinze dias nos serviços, por causa dos “castigos” e da rotina cotidiana, obrigatória para todos, afirmando que “ficar orando em jejum não é a minha praia”. Em sua última internação, em 2020, quando permaneceu pouco mais de uma semana, contou que “era um lugar bom, bonito! Tinha muitas árvores, plantas... tudo bem cuidado. Eu queria ficar lá”, mas “me senti maltratada”, justificando que saiu porque não suportou o tratamento. Disse que chegou na CT em um momento de uso intenso de crack, após a morte de seu irmão. A internação foi custeada por pessoas que se sensibilizaram com sua situação. Aruana conta que, quando chegou na CT, “estava meio na

⁶⁰ Bruno Carvalho e Magda Dimenstein, “Análise Do Discurso Sobre Redução de Danos Num CAPSad III e Em Uma Comunidade Terapêutica”, *Temas Em Psicologia*, vol. 25, no. 2, 656, <https://doi.org/10.9788/TP2017.2-13>

⁶¹ Santos, “Comunidades Terapêuticas”, 28.

⁶² Adolfo Sánchez Vázquez, *Ética*, 37ª ed. (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017), 63.

⁶³ Emerson Elias Merhy, “Fórum Social Mundial e a saúde: por uma ética global da vida”, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 6 (11): (2002) 133–36. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832002000200016>.

⁶⁴ Gilles Deleuze, *Espinoza: Filosofia Prática* (São Paulo: Escuta, 2002), 29.

abstinência, só queria ficar deitada, não queria fazer as atividades. Aí começaram a me tratar mal, dizer que eu era preguiçosa, que eu estava me aproveitando, não ajudava em nada, sabe?! Que eu era um peso...”.

Taiguara também esteve na primeira CT frequentada por Aruana. Conta que, nesse lugar, chegou “segunda, sai na sexta”. Questionado sobre os motivos, respondeu enfaticamente: “Você é doido?! Cinco da manhã tinha gente te acordando pra rezar... Coisa de maluco! E se fizesse ‘coisa errada’?! Mas veja só: passar bilhete era ‘coisa errada’, acredita? Aí, tinha monitor que dava porrada! Ahhh, se encostassem a mão em mim...”. Disse que saiu da CT “pra não fazer uma ‘desgraça lá dentro’ caso o agredissem. Na segunda internação, em outro estabelecimento, conta que o cotidiano era “menos rígido”, mas diz que a principal punição para os que não seguiam as normas era a restrição da comida, diminuindo a quantidade ou retirando a “carne” da refeição. Falou, em um tom de indignação, que “mexer no alimento da pessoa não é certo, né?!”.

Piatã teve sua primeira internação no mesmo serviço citado por Aruana e Taiguara. Também se referiu à “vara chamada ‘Tereza’” utilizada para castigar fisicamente os indisciplinados. “Eu mesmo nunca apanhei”, pois disse que seguia as regras, “mas vi muita gente apanhar”, contou. Relata um cotidiano de muito controle e vigilância. Abandonou o tratamento dizendo que ficava “revoltado de ver aquelas coisas”. Nas duas internações seguintes, em diferentes CTs, conta que não havia agressão física, sofrendo punições como a retirada da alimentação ou “ir pro joelho”, quando tinha que ficar ajoelhado por longos períodos. Em uma CT, conta que o coordenador “gritava e humilhava” quando alguém descumpria as regras. Essas situações levavam Piatã a abandonar os tratamentos, referindo que era sempre uma decisão muito difícil, pois também se sentia culpado em deixar a internação. Ele saía dessas internações “mais pra baixo”, com vontade “de acabar com o mundo”, retomando o uso intensivo de drogas.

Iberê e sua mãe relatam que a única experiência que tiveram em CT foi “muito ruim”. Iberê estava em um momento de uso descontrolado e pediu para internar-se “por medo de acontecer o pior”, como em outras situações quando foi agredido por traficantes. A mãe de Iberê conseguiu o contato de uma CT através de outro usuário internado, mas conta que, logo após a internação, não obteve mais contato com o filho. “Eles falaram que visita só depois de trinta dias, que era parte do tratamento”, falou. Iberê também disse que não era autorizado a telefonar para casa. Após os trinta dias, quando sua mãe conseguiu visitá-lo, contou que Iberê estava emagrecido e abatido, pedindo “pelo amor de Deus” para tirá-lo de lá. Iberê disse que a rotina era muito rígida, com punições para quem não obedecesse as regras, relatando que o principal castigo era a restrição da alimentação. Após o contato com sua mãe, Iberê voltou para casa e retomou o acompanhamento ambulatorial.

Todas essas experiências chamam a atenção pela frequência e pela variedade de abusos sofridos em situações que deveriam produzir cuidado, não opressão. Além do que se observa nessas experiências, outros relatos de maus tratos, violações de direitos e abusos praticados em CTs estão fartamente registrados^{65,66,67}. Infere-se que os abusos estão relacionados às práticas disciplinares adotadas. Os

⁶⁵ Conselho Federal de Psicologia, *Relatório da 4ª Inspeção*.

⁶⁶ Conselho Federal de Psicologia et al., *Relatório da Inspeção Nacional*.

⁶⁷ Pública, “Adolescentes denunciam tortura e mostram marcas de violência em comunidade terapêutica evangélica”, acessado em 20 de novembro de 2020, <https://apublica.org/2020/10/adolescentes-denunciam->

relatos dos usuários-guia indicam que as CTs utilizam, como prática cotidiana, medidas disciplinares – nomeadas de sanções ou punições – diante do descumprimento das normas do serviço. Essa prática também é registrada em outras pesquisas, como parte da dinâmica assistencial das CTs investigadas^{68,69,70}.

O relatório de inspeção interinstitucional realizada pelo Conselho Federal de Psicologia e outras entidades em vinte e oito CTs⁷¹ aponta que alguns desses serviços declaram o uso de medidas disciplinares com “propósito pedagógico ou terapêutico”⁷², sendo identificados os seguintes tipos de punições: por meio do trabalho, com a “realização de tarefas extras e aviltantes”⁷³; por restrições – como retirar alimentação, restringir contatos ou a “retirada de algo que o transgressor gosta”⁷⁴; por isolamento ou confinamento; e por agressão física. Um dos textos fundamentais para as CTs no Brasil recomenda, como forma de sanções, o uso de práticas em realidade ofensivas e humilhantes, tais como: pendurar no pescoço uma placa com “um rótulo social (por exemplo, mentiroso, ladrão, manipulador)”⁷⁵ referente à infração cometida; ser obrigado a realizar tarefas consideradas inferiores, como limpar os banheiros⁷⁶; ou mesmo perder direitos adquiridos com a progressão do tratamento, como receber visitas da família, por exemplo.

Nos relatos dos usuários, também percebe-se que o sentimento de ser maltratado leva muitos indivíduos à desistência da internação, o que não ocorre somente em situações extremas, de agressão física. Na última internação de Aruana, mesmo em uma CT que não praticava castigos físicos, o desrespeito e as humilhações estavam presentes, através de rótulos e falas acusatórias. Ao desistir da internação, os usuários perdem o acesso a importantes recursos de cuidado, como abordado anteriormente, configurando-se uma barreira de acesso para esses indivíduos. Além disso, como conta Piatã, a desistência é muitas vezes compreendida como culpa pessoal, uma incapacidade de sustentar a internação, o que produz mais sofrimento e se constitui como barreira ao cuidado. Sem espaço para seu protagonismo, muitas vezes a única forma do usuário exercer o direito de participar de seu plano terapêutico é “não aderindo às propostas que lhe provocam mais desconforto ou que não produzem o efeito imaginado/desejado”⁷⁷. Resistir ao tratamento é também uma tentativa de protagonismo dos usuários.

tortura-e-mostram-marcas-de-violencia-em-comunidade-terapeutica-evangelica/?mc_cid=50f17a2991&mc_eid=60e0cddd8d.

⁶⁸ Alice Leonardi Pacheco e Andrea Scisleski, “Vivências em uma comunidade terapêutica”, *Revista Psicologia e Saúde*, no. 2002 (2013): 165–73.

⁶⁹ Mariane Capellato Melo e Clarissa Mendonça Corradi-Webster, “Análise do funcionamento de comunidade terapêutica para usuários de drogas”, *Athenea Digital* 16, no. 3 (2016): 379–99, <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2012>.

⁷⁰ Cesar Pinheiro Teixeira, “O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico”, *Religião & Sociedade* 36, no. 2 (2016): 107–34, <https://doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap06>.

⁷¹ Conselho Federal de Psicologia et al., *Relatório da Inspeção Nacional*.

⁷² *Ibid.*, 111.

⁷³ *Ibid.*, 113.

⁷⁴ *Ibid.*, 114.

⁷⁵ De Leon, *A Comunidade Terapêutica*, 247.

⁷⁶ *Ibid.*, 248.

⁷⁷ Feuerwerker, “Cuidar em saúde”, 42.

Por outro lado, verifica-se que práticas disciplinares também estão presentes em serviços de saúde mental substitutivos, como os CAPSad, o que foi objeto de importante debate na rede assistencial onde se deu esta pesquisa⁷⁸. Constatou-se que medidas disciplinares são, com frequência, percebidas por usuários como violência institucional⁷⁹. Apesar de os CAPS serem concebidos como espaço de uma prática clínica exercida sem domínio, com respeito pelo outro, que deve apostar na criação e inventividade para enfrentamento dos desafios⁸⁰, a atuação dos profissionais nem sempre reflete esses princípios. Não é incomum que, em nome do cuidado, os profissionais se sintam autorizados “a produzir atos violentos com olhares, falas, expulsões e criminalizações”⁸¹. Mendonça⁸² discute que o disciplinamento como estratégia de normalização da vida é uma prática de soberania, com o exercício da força dos serviços/equipes sobre os usuários, argumentando que, para a assistência ser produtora de cuidado, se deve abandonar a soberania e exercer uma “força fraca” que não se impõe, mas se abre para o outro. O disciplinamento é barreira ao cuidado.

Conexões existenciais

Potira tem uma história de diversas internações em CTs e hospitais psiquiátricos. Três profissionais que a acompanharam relatam que ela costumava pedir para internar-se em momentos de crise, muitas vezes com riscos de suicídio. Essas situações relacionavam-se a episódios de muito sofrimento, como perdas dos filhos ou agressões sofridas. Os profissionais interpretavam as demandas de Potira como uma dependência institucional da internação. Em geral, Potira saía das internações abstinente e com muitos projetos, mas voltava a ter novas descompensações, fazendo alto consumo de álcool. Com o tempo, Potira passou a dar preferência por internações em CTs, dizendo que no hospital fica “muito dopada” e a duração da internação é menor. Internou-se em diversas CTs. Em um determinado momento de sua trajetória terapêutica, Potira foi incluída em um PIC, promovido como extensão universitária. Com o suporte cotidiano da equipe do PIC, Potira retomou seu desejo/projeto de reaproximar-se dos filhos, em especial da filha caçula. A busca pela reconexão com pessoas também significou conexão com outros serviços, como a Defensoria Pública. Nesse processo, os profissionais relatam redução das demandas de Potira por internações. Ela conta que pedia para internar-se quando “a vida estava muito difícil”, associando tais pedidos aos momentos de grande sofrimento. Falou que tem saudade “das meninas” do PIC, que ajudavam nos momentos de crise, pois “conversavam muito com ela”, queixando-se do fim do programa e da perda do contato com as estagiárias. Ao final da conversa, ao ser perguntada onde ela sentia-se melhor, se no abrigo – onde estava naquele momento – ou na CT, ela respondeu: “Na minha casa!”.

⁷⁸ "Impasses na RAPS: atos administrativos-disciplinares são aplicáveis aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial? São legais? São legítimos? São necessários?", acessado em 20 de novembro de 2020, <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/seminarios-livres-qlinica-com-que-apresenta-impasses-na-raps-atos-administrativos-disciplinares-sao>.

⁷⁹ João André Santos de Oliveira et al., “Desencontros entre a vista do ponto dos usuários e as formas de cuidar em saúde: reflexões sobre a produção do cuidado em uma região da cidade de Salvador-BA”, in *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*, vol. 1, ed. Emerson Elias Merhy et al. (Rio de Janeiro: Hexis, 2016), 277.

⁸⁰ Ricardo Luiz Narciso Moebus, *O Trágico Na Produção Do Cuidado: Uma Estética Da Saúde Mental* (Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014).

⁸¹ Emerson Elias Merhy, “Anormais do Desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua”, in *Drogas e Cidadania: em debate* (Brasília: CFP, 2012), 13.

⁸² Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, “SEM SOBERANIA: Gestão Solidária e Força Fraca Para Cuidar de Vidas” (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015).

Na experiência de Potira, as internações produziam um alívio diante da dor, permitindo uma desconexão com um contexto de sofrimento, passando a ser um recurso repetidamente utilizado. No entanto, os longos períodos de internação, além de afastar Potira dos seus problemas, a afastava das suas relações e projetos, como a reaproximação com os filhos, algo desejado, mas que ela tinha grande dificuldade de executar por motivos diversos. Com o apoio da intensificação de cuidados, Potira conseguiu fazer investimentos mais efetivos em restabelecer suas conexões com pessoas e com seus próprios desejos, o que contribuiu para reduzir suas demandas por internação, a despeito de continuar vivenciando momentos de crises.

Aruana também nos aponta a importância das conexões para sua vida e seu cuidado. Ela é uma grande agenciadora de redes em torno de si. Além de consumir intensamente serviços das redes formais de assistência – CAPSad, programas de redução de danos, abrigos, CTs, Defensoria Pública etc. –, atua em movimentos sociais, espaços de representação e coletivos diversos, tanto reivindicando direitos coletivos como agenciando ajuda para si. Quando questionada sobre as conexões mais importantes em toda sua trajetória de cuidados, não se referiu a qualquer serviço da rede. Primeiro, citou sua antiga companheira, uma mulher que atuou muitos anos como redutora de danos, também usuária de psicoativos. Em seguida, falou de sua atuação no espetáculo “Os Saltimbancos”, organizado pelo CETAD, há mais de uma década. Diz que foi a partir desse espetáculo que se “animou a fazer *rap*, escrever, cantar...” – suas paixões e ferramentas para expressar alegrias e sofrimentos.

Depreende-se que os indivíduos, em sua busca por cuidados, assumem um trânsito por distintos territórios e serviços, produzindo conexões para o atendimento de suas necessidades, de forma protagonista nessa produção⁸³. Tais conexões não se dão somente com serviços de saúde ou outras organizações, mas nos diversos vínculos relacionais em suas vidas⁸⁴. Essas “redes vivas de conexões existenciais”⁸⁵, agenciadas pelos usuários, são produtoras de cuidado, mas também produzem o próprio indivíduo, a partir das relações estabelecidas. Como descrevem Merhy et al.:

A possibilidade de promover a ampliação das redes existenciais tem como principal objetivo ampliar os recursos que cada um tem disponível para [...] irem reinventando as suas existências para enfrentar os vários momentos da vida. A falta de rede de encontros empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos, por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro⁸⁶.

A experiência de Potira revela-nos uma relação entre as repetidas internações de longa permanência e o empobrecimento de suas redes de conexões existenciais, diminuindo seus recursos para lidar com as adversidades e aumentando a dependência das internações. Também reforça que barreiras ao enriquecimento de redes individuais são barreiras ao cuidado. Em outras pesquisas, observou-se que a

⁸³ Antonio Lancetti, *Clínica Peripatética*, 4ª ed. (São Paulo: HUCITEC, 2009), 19-37.

⁸⁴ Merhy, Feuerwerker e Silva, “Contribuciones metodológicas”, 25-34.

⁸⁵ Emerson Elias Merhy et al., “Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”, in *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas Redes*, vol. 1, ed. Emerson Elias Merhy et al. (Rio de Janeiro: Hexis, 2016), 34.

⁸⁶ *Ibid.*, 37.

construção de uma “carreira institucional”⁸⁷ é apontada como possível consequência do modo de funcionamento adotado por CTs, produzindo uma dificuldade de adaptação à vida fora da organização, gerando dependência da dinâmica interna para a manutenção da vida cotidiana.

As experiências de Potira e Aruana demonstram a importância de um cuidado que invista no enriquecimento das redes de conexões dos usuários – conexões estas que não produzem somente alegrias, mas também tristezas, como quase tudo na vida, sendo que suas importâncias e significados só podem ser definidos pela experiência singular de cada indivíduo.

Relação CAPSad – CT

Na sua última internação, Piatã passou quatorze meses até ser considerado “recuperado” e receber alta da CT. Nesse período, ele realizou grandes investimentos no seu cuidado, acessando diversos serviços da rede. Frequentava mensalmente o CAPSad para consultas com médicos, psicólogos e enfermeiros. Também manteve contato regular com a assessoria jurídica do Programa Corra para o Abraço. Foi durante tal período que Piatã realizou acompanhamento em serviço especializado de ortopedia, com posterior cirurgia para a correção de sua osteomielite em um hospital estadual, processo mediado pelo CAPSad. Após alta do hospital, Piatã voltou à CT para concluir a internação, com o braço recuperado.

Essa experiência poderia ser um bom exemplo da articulação do cuidado em rede e da parceria entre CAPSad e CT. No entanto, todo esse processo ocorreu sob gestão do próprio Piatã. Por meio do telefone da CT, Piatã fazia contato com seus técnicos de referência no CAPSad, demandando apoio para agendamento de consultas e exames, bem como cobrando o andamento de seus pedidos. Nos momentos em que visitava o CAPSad, Piatã reafirmava os pedidos de atendimento às suas demandas, inclusive buscando a coordenação do serviço como apoio. Um dos pedidos feitos, em mais de um momento, foi o de intermediação do CAPSad com a coordenação da CT, que impunha impedimentos para Piatã sair da instituição para realizar as consultas. Outros internos e monitores perguntavam “por que ele tem que sair tanto?”, contou, relatando que essa não era a rotina do serviço. Um profissional do CAPSad visitou a CT para conversar com o coordenador e “mostrar que Piatã estava em tratamento conosco e que nos responsabilizávamos pelas saídas dele”. Ainda assim, foram necessárias novas intermediações em outros momentos, mesmo após essa conversa inicial. De certa forma, toda a articulação do cuidado em rede se deu a despeito da CT.

Os profissionais do CAPSad reafirmam a dificuldade de interlocução com as CTs, demonstrando uma baixa articulação entre os serviços. Os contatos da equipe do CAPSad com as CTs geralmente se dão por telefone. Em um primeiro momento, o contato ocorre com a coordenação do serviço, para apresentar a situação do usuário que pleiteia a vaga. Durante a internação, a comunicação segue por telefone, diretamente com cada usuário. Não há relatos de discussão clínica dos casos entre profissionais do CAPSad e das diversas CTs com as quais aqueles interagem. O contato presencial entre equipes ocorre eventualmente, em geral, quando realizam o transporte de usuários entre serviços, sendo as conversas focadas em pactos administrativos e questões motivacionais.

⁸⁷ Marco Antônio Carvalho Natalino, “Isolamento, Disciplina e Destino Social Em Comunidades Terapêuticas”, in *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos (Rio de Janeiro: IPEA, 2018), 53.

Outras pesquisas também apontam uma baixa articulação entre CAPSad e CTs^{88,89}. Há relatos de profissionais de CTs que veem o tratamento provido no CAPSad como inadequado, por considerar que qualquer alternativa que não implique a abstinência completa de álcool e outras drogas é um estímulo à manutenção do problema⁹⁰. Já os profissionais do CAPSad também veem as CTs com restrições, afirmando que tais instituições operam “em um paradigma completamente diferente” do que fundamenta o trabalho dos CAPSad. Alegam que as CTs “não se comportam como serviços de saúde”, especialmente por não abordar aspectos que consideram fundamentais no tratamento do uso problemático de substâncias psicoativas, entendendo que “questões latentes do transtorno, como o papel que a droga exerce na vida do indivíduo, são deixadas ‘de baixo do tapete’”. Para alguns profissionais, as práticas terapêuticas das CTs são “prescritivas” e promovem uma “anulação da subjetividade dos indivíduos”. Sobre a articulação de cuidados aos usuários, os profissionais do CAPSad atribuem às CTs uma “descontinuidade do cuidado”, afirmando que o plano terapêutico construído antes da internação fica “em suspenso”, associando a relação estabelecida entre CAPSad e CTs com aquela mantida entre o CAPSad e os hospitais psiquiátricos.

Apesar de ter reservas em relação às CTs, os profissionais do CAPSad demandam vagas de internação para tais serviços em diferentes situações. Alguns informam que se sentem “desconfortáveis”, mas “atendem a demanda do sujeito”, referindo-se ao pedido do usuário, que “sabe qual ‘porta’ está acessível”. Outros dizem que “não costumam indicar” internação em CT, mas eventualmente o fazem por reconhecer que é um suporte importante quando não encontram outros recursos na rede. Alguns lidam com essa contradição afirmando que “é o possível”, diante dos recursos disponíveis para cuidado dessa população. O principal motivo de encaminhamento, como já discutido, é a busca por proteção, abrigo ou abstinência provisória, geralmente em situações de maior vulnerabilidade dos usuários.

Verifica-se que essa baixa ocorrência de parcerias entre CAPSad e CT está relacionada às diferenças dos modelos de cuidado entre esses estabelecimentos. As respectivas equipes se vêm operando diferentes paradigmas assistenciais, às vezes antagônicos, o que resulta na produção de distintos planos terapêuticos para os usuários, que também são disputados entre serviços. Na experiência de Piatã, enquanto a CT tentava mantê-lo vinculado à rotina diária, comum aos demais usuários, o CAPSad apoiava o projeto pessoal de Piatã, que tentava aproveitar a situação de abrigo, proteção e abstinência para “arrumar sua vida”, resolvendo questões médicas e jurídicas, dentre outras. As restrições impostas para sair do serviço eram barreiras para a articulação do cuidado de Piatã, que ele só conseguiu superar com seu protagonismo. Quando a articulação depende somente das equipes dos serviços, a distância que existe entre eles pode implicar novas barreiras.

⁸⁸ Lara Dias Cavalcante, Maria Eduarda Debiazzi Bombardelli e Rogério José de Almeida, “Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química”, *Vigilância Sanitária em Debate* 4, n° 2 (2016): 44–50, <https://doi.org/10.3395/2317-269x.00587>.

⁸⁹ Leila Gracieli da Silva, Luís Fernando Tófoli e Paulo Renato Vitória Calheiros, “Tratamentos ofertados em Comunidades Terapêuticas: Desvelando práticas na Amazônia Ocidental”, *Estudos de Psicologia* 23, no. 3 (2018): 325–33, <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180031>.

⁹⁰ Carvalho e Dimenstein, “Análise do Discurso”, 654.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa, descritos anteriormente, não devem ser generalizados. Retratam as experiências de cinco usuários de serviços de saúde em contextos específicos, trazidas para análise e discussão. No entanto, apontam para importantes questões a serem observadas sobre o cuidado ofertado pelas CTs aos seus usuários vis-à-vis outros contextos assistenciais.

Aruana, Piatã, Taiguara, Potira e Iberê mostram-nos que eles e elas são pessoas que portam desejos, projetos, valores e visões de mundo próprios. Ao mesmo tempo, apresentam-nos histórias de vida repletas de sofrimento e de restrições, demonstrando que estar vivo é também um ato de resistência. No seu trânsito por redes e serviços assistenciais, trazem em suas “cestas de necessidades”⁹¹ todas as dimensões de suas vidas, buscando cuidados para suas dores e carências, mas, sobretudo, um cuidado que dê suporte às escolhas que fazem para suas vidas.

Ao acessar as CTs, essas dimensões singulares passam a estar subordinadas ao projeto coletivo do serviço. Um caminho que não seja compatível com aquele definido pelo serviço não é considerado válido. A insistência em seguir um caminho diferente é interpretada como indisciplina, passível de punições ou mesmo de desligamento. Assim, além de não acolher algumas das singularidades dos usuários, desejos e projetos pessoais são desqualificados ou até criminalizados. A equipe da CT saberia o que é melhor para o usuário, mais do que ele próprio. Além de despotencializar seus desejos, o estabelecimento reduz toda a complexidade da vida e as dificuldades individuais ao uso problemático das drogas. As perdas vividas por Potira ao longo de sua vida, os abusos sofridos por Aruana ou a vida de exílio urbano de Taiguara são ignorados e atribuídos às drogas, reafirmando um único caminho terapêutico. São questões que pedem passagem nas relações de cuidado, mas que são ignoradas pelo projeto terapêutico das instituições, conformando-se em barreiras a um acesso qualificado. Ao invés de produzir singularidade e diferença, produzem serialização⁹².

Todavia, apesar dessas restrições, os usuários seguem acessando tais serviços em diversos momentos de suas trajetórias. Experimentam diferentes CTs, buscando aquelas onde se sentem mais acolhidos ou menos interditados. Agarram-se aos projetos terapêuticos – os planos de cuidado – que montaram para si, disputando-os, de distintas formas, com aqueles impostos pelos serviços. A despeito do tratamento que tentava convertê-lo, Taiguara permaneceu na CT até sentir-se seguro para retornar ao seu território. Sem embargo da CT que tentava mantê-lo na rotina do serviço, Piatã foi em busca de conexões externas para viabilizar seu plano de cuidado. Seja negociando, submetendo-se provisoriamente ou desistindo da internação, os usuários perseguem seu protagonismo no cuidado.

Finalmente, destaca-se, uma vez mais, a relação percebida entre o regime disciplinar desses serviços e as práticas de abusos e maus tratos. Além de abrir espaços para excessos, o uso de medidas disciplinares implica assumir que uma pessoa – ou equipe – está autorizada a submeter outra em certas situações. Aposta-se que o medo da punição contribua para a mudança do indivíduo. Submissão e medo não se

⁹¹ Luiz Carlos de Oliveira Cecilio e Norma Fumie Matsumoto, “Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde”, in *Gestão em Redes: Tecendo Fios de Integralidade em Saúde*, ed. Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araujo de Mattos (Rio de Janeiro: EDUCS – CEPESC – IMS/UERJ, 2006), 37-51.

⁹² Emerson Elias Merhy, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Maria Paula Cerqueira Gomes, “Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”, in *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*, ed. Túlio Batista Franco e Valéria do Carmo Ramos (São Paulo: Hucitec, 2010), 60-75.

afiguram como caminhos comprometidos com o cuidado, mas, sim, como produtores de barreiras à atenção.

Dessa forma, propõe-se que as análises sobre a assistência provida pelas CTs, bem como por outros equipamentos assistenciais voltados para essa população, adotem o cuidado centrado nos usuários e em suas necessidades como norteador das investigações. Buscou-se também evidenciar como os distintos desejos, projetos e concepções individuais são tratados por equipes e serviços, procurando compreender em que pontos a relação terapêutica se abre ou se fecha para as singularidades das vidas que buscam cuidado.

PRESOS DO LADO DE FORA: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO ZONAS DE EXÍLIO URBANO

CARLY MACHADO¹

As comunidades terapêuticas (CTs) são espaços urbanos apresentados muitas vezes como *aquele tipo de lugar* onde é possível encontrar *todo tipo de gente*. Essa formulação, que é geralmente apresentada como uma crítica à indeterminação em relação ao serviço oferecido por essas instituições, é o ponto de partida deste artigo. Interessa aqui refletir sobre quais os elementos constitutivos de realidades sociais e urbanas nas quais as CTs tornam-se destino de tanta gente diferente. E quais os percursos dessas vidas, que são tantas, mas (in)certas vidas, que em algum momento chegam, ficam e saem das CTs.

Os centros religiosos de recuperação, ou casas de recuperação e reabilitação para pessoas que fazem uso problemático de drogas², são espaços que fazem parte de um imbricado jogo de visibilidades e invisibilidades há muitas décadas no Brasil. Há alguns anos, particularmente desde 2011, quando esses espaços passaram a ter vagas financiadas pelo governo federal, as então chamadas “comunidades terapêuticas” (categoria utilizada no processo de formalização de tais centros de recuperação) começaram a ser abordadas como um problema público para alguns campos de práticas políticas e profissionais³. A maioria das CTs brasileiras se vincula a igrejas e organizações religiosas (82%), notadamente as de matriz cristã⁴. Levando-se em consideração a laicidade oficial do estado brasileiro, a problematização do caráter *religioso* dessas instituições se dá, particularmente, sobre os seguintes aspectos: críticas sobre a legitimidade da oferta de um *tratamento religioso* para o problema das drogas; o *financiamento público dessas práticas*; a *relação entre o custo e a eficácia do tratamento* realizado por instituições de cunho religioso; e casos de denúncia de violações da *liberdade religiosa* das pessoas atendidas. Existem ainda denúncias mais gerais, diante das quais o perfil religioso dessas organizações indicaria um agravante, tais como denúncias referentes a violações de direitos⁵.

¹ Antropóloga, com doutorado em Ciências Sociais (UERJ), mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (UERJ) e graduação em Psicologia (UFRJ). É professora da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro em cursos de graduação e no programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Atua como coeditora da Revista *Religião e Sociedade*. É coordenadora do grupo de pesquisa *Distúrbio - Dispositivos, Tramas Urbanas, Ordens e Resistências* e compõe a equipe do Observatório Fluminense. Ocupa atualmente o cargo de Secretária Adjunta da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), na gestão 2021-2022 de sua Diretoria.

² Diante de diferentes termos referentes ao *consumo* ou *uso* de substâncias psicoativas, a ideia de *uso problemático* de drogas é consonante com os interesses deste artigo por comportar uma abertura de sentidos acerca dos “problemas da vida” causados pelas drogas e suas facetas biológicas, políticas, econômicas, sociais e culturais, bem como suas possíveis soluções.

³ Para um panorama da realidade das CTs no Brasil, ver Maria Paula Gomes dos Santos, org., *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão* (Rio de Janeiro: IPEA, 2018).

⁴ IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Brasília: IPEA, 2017), acessado em 30 de novembro de 2020, https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865.

⁵ Para uma discussão mais detalhada sobre denúncias relacionadas a atividades de CTs, ver o artigo de Carolina Gomes Duarte e Mathias Glens nesta série.

Mesmo sendo a religião também um aspecto de forte interesse às discussões deste artigo, não se pretende tratar especificamente dos temas acima elencados, todos de extrema relevância. A pergunta que guia este trabalho é outra, e diz respeito à relação entre religião e vida na cidade. Práticas religiosas fazem parte do cotidiano urbano, compondo as condições de vida de diferentes populações, em arranjos mais ou menos formalmente articulados com o poder público estatal. Interessa compreender aqui como as CTs se situam no arranjo entre o “religioso” e o “secular” que operam na gestão dos dispositivos da violência⁶, da diferença e do sofrimento⁷ no Estado do Rio de Janeiro, fazendo parte dos percursos de certos sujeitos urbanos na busca por um lugar para ficar, ou no escape daqueles lugares onde não se pode viver.

Diversos estudos inspiram a refletir sobre a circulação na cidade daqueles que podem ser considerados como seus excedentes, daqueles que “não cabem” na vida urbana, dos sujeitos que só se inscrevem na cidade enquanto corpos circulantes, habitando de modo incômodo as fronteiras do sofrimento, do abandono, da violência e até mesmo da liberdade que essa circulação forçada implica⁸.

Se as drogas fazem parte desse circuito, sabe-se que elas não definem todos os termos dos problemas vivenciados por esses sujeitos, nem todos os destinos de sua circulação⁹. Uma relação com as “drogas” implica possibilidades de consumo, comércio, circuitos de ilegalidades, violência, estigma, problemas ou soluções para a vida; ou seja, falar a partir da questão das “drogas” implica a mobilização de um amplo repertório moral de *problemas da vida dos excedentes urbanos* que circulam por cadeias, delegacias, abrigos, ruas e pelas CTs. E cada momento de “parada”, em tais percursos, é delimitado por uma relação espaço-temporal: onde ficar e por quanto tempo.

Muitos desses trajetos, e aqueles sobre os quais se pretende tratar neste artigo, são marcados fundamentalmente por circunstâncias expulsivas, que não permitem aos sujeitos “ficar”, “morar”. Aquilo que os prende do lado de fora. Destacam-se assim, na ampla trama dos conflitos urbanos, não os locais ou instituições que impõem a obrigatoriedade de permanecer dentro, como as prisões, mas situações e processos que impedem a permanência, não permitem ficar-se dentro, situar-se, e impõem a saída, como nas experiências do exílio, do refúgio e do desterro.

⁶ Sobre a o religioso e o secular no dispositivo da violência, ver Patrícia Birman, “Cruzadas pela paz: práticas religiosas e projetos seculares relacionados à questão da violência no Rio de Janeiro”. *Religião & Sociedade* 32, no. 1 (2012): 209-226. <https://doi.org/10.1590/S0100-85872012000100010>.

⁷ Sobre práticas pentecostais e a gestão do sofrimento e da violência, ver Carly Machado, “Pentecostalismo e o sofrimento do (ex-)bandido: testemunhos, mediações, modos de subjetivação e projetos de cidadania nas periferias”, *Horizontes Antropológicos*, vol. 20, no. 42 (julho-dezembro 2014): 153-180, <https://doi.org/10.1590/S0104-71832014000200007>; e Mariana Côrtes, *Diabo e Fluoxetina: Pentecostalismo e Psiquiatria na Gestão da Diferença* (Curitiba: Appris, 2017).

⁸ Sobre vidas em circulação na cidade, ver Taniele Rui, *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção* (Terceiro Nome: São Paulo, 2014); Fábio Mallart e Taniele Rui, “Cadeia ping-pong: entre o dentro e o fora das muralhas”, *Ponto Urbe [Online]*, no. 21 (2017): 1-16, <https://doi.org/10.4000/pontourbe.3620>; Adriana Fernandes, “Quando os vulneráveis entram em cena: Estado, vínculos e precariedade em abrigos”, in *Os limites da acumulação, movimentos e resistência nos territórios*, ed. Joana Barros; André Costa; Cibele Rizek (São Carlos: IAU/USP, 2018), 85-100; e Rafael Godoi, *Fluxos em cadeia: as prisões em São Paulo na virada dos tempos* (São Paulo: Boitempo, 2017).

⁹ Mauricio Fiore, *Substâncias, sujeitos, eventos: uma autoetnografia sobre uso de drogas* (Rio de Janeiro: Telha, 2020).

Em seu âmbito geral, esta pesquisa foi desenvolvida com pessoas que passaram por CTs religiosas, ou cujas trajetórias de vida foram atravessadas por experiências em CTs, e que contaram suas histórias durante o período da pandemia da COVID-19 (meses de julho a setembro), no ano de 2020. Seus contatos foram obtidos majoritariamente através da busca ativa entre coletivos de amigos, familiares e interlocutores de pesquisa. Nesse universo mais geral, além de homens com experiência de acolhimento em CTs, conversou-se com pastores e familiares de pastores responsáveis por CTs, obreiros de projetos religiosos de enfrentamento do problema das drogas realizados nas ruas e mães e irmãs de homens que foram acolhidos em CTs. Apesar da diversidade desse universo, inicialmente a estratégia foi conversar com todas e todos que quisessem e pudessem contar suas histórias.

As conversas realizadas foram conduzidas, além de por esta autora, por mais quatro pesquisadoras e um pesquisador: Nildamara Torres (doutoranda – UERJ), Jamille Bezerra (mestre – UFRRJ), Aleixa Gomes (IC – UFRRJ), Beatriz Corrêa (IC- UFRRJ) e Frederico de Assis (IC – UFRRJ)¹⁰. A maior parte das conversas foi realizada pelo WhatsApp. Algumas foram realizadas presencialmente (uma delas em uma igreja, outra em um abrigo). As conversas pelo WhatsApp desenrolaram-se por alguns dias, e as mensagens de áudio foram a via privilegiada de comunicação escolhida pelos interlocutores. A equipe conversou, ao todo, com quinze pessoas. Para os fins deste artigo, selecionou-se a trajetória de seis desses – todos homens, com período de acolhimento em CTs de no mínimo seis meses, que nelas entraram voluntariamente. Todos foram informados do andamento e dos resultados da pesquisa. Seus nomes foram aqui modificados¹¹.

As pessoas com as quais se conversou ao longo desta pesquisa eram do Rio de Janeiro, e todas tiveram contato com instituições pentecostais ao longo da trajetória de sua relação com as drogas, por mais ou menos tempo. Os seis homens, cujas jornadas foram selecionadas para este artigo, passaram por experiências junto a instituições pentecostais, e quatro foram acolhidos em CTs pentecostais. Conforme indicado pela pesquisa realizada pelo IPEA¹², as CTs pentecostais predominam em todas as regiões do país. No Sudeste, 15,3% do total de vagas em CTs encontram-se em instituições pentecostais, conformando o maior quantitativo no país, se comparado com as demais regiões brasileiras¹³.

Todos os homens com os quais se conversou encontravam-se há, no mínimo, alguns meses – e, em sua maioria, há alguns anos – “afastados das drogas”. A temporalidade de suas experiências era, portanto, a da recuperação, a da estabilidade em relação ao “problema das drogas”. Muitas falas durante as conversas mobilizaram uma narrativa formulada como “testemunho” que, tal como analisado por

¹⁰ Essa equipe foi montada a partir da participação desses estudantes nos grupos de pesquisa Distúrbio (UERJ-UFRRJ) e Observatório Fluminense (UFRRJ), coletivos de pesquisa nos quais esta autora desenvolve suas atividades acadêmicas. Todo o processo de análise dos dados, construção dos argumentos e escrita do artigo foi discutido com essa equipe, que se reuniu semanalmente de julho a setembro de 2020.

¹¹ A pesquisa desenvolveu-se pautada em princípios éticos compartilhados com todos os interlocutores durante todo o processo, os quais consentiram com sua participação, tendo-lhes sido garantido o anonimato de suas informações pessoais. As conversas com os interlocutores foram transcritas e analisadas e, após a elaboração da primeira versão do texto, todos receberam o artigo e um vídeo que apresentava o texto em 15 minutos. O vídeo teve por intenção oferecer um formato áudio visual para o compartilhamento do resultado parcial do trabalho, tornando sua produção mais colaborativa com os entrevistados. A abordagem utilizada na pesquisa foi baseada nos métodos de pesquisa em antropologia da religião e antropologia urbana.

¹² IPEA, *Nota Técnica nº 21*.

¹³ A porcentagem de vagas em CTs pentecostais nas demais regiões do país é a seguinte: Norte – 3,5%; Nordeste – 9,8%; Centro Oeste – 4,0%; Sul – 8,4 %. Ibid.

diferentes autores¹⁴, imprime características discursivas e performativas específicas às trajetórias, quando contadas como um relato, religioso ou secular, de uma experiência de redenção e, portanto, de sucesso. Todavia, como esclarecido anteriormente, o foco da conversa não estava no “tratamento religioso” nem na experiência de “conversão”.

Os diálogos foram desenvolvidos a partir do interesse da equipe nos percursos urbanos dos interlocutores, nas fronteiras urbanas por eles ultrapassadas, nos rumos de suas vidas que os levaram às CTs, os mantiveram lá e os levaram a sair. Todos foram voluntariamente para as CTs. Cabe destacar que as seis trajetórias aqui analisadas correspondem ao total dos entrevistados que vivenciaram acolhimentos de mais de seis meses em tais instituições. Só não constam aqui aqueles que, apesar do tempo de acolhimento, não se engajaram nas conversas de pesquisa para além dos contatos iniciais. Todos os interlocutores que contaram suas histórias traziam elementos do campo da violência em seus percursos, envolvendo tensões territoriais, conflitos severos e risco de morte. Atentou-se à forma como, em suas narrativas, se pôde compreender a dinâmica espaço-temporal dos eventos apresentados em seus percursos, como: *circunstâncias expulsivas* (de casa, da vizinhança, do bairro e da cidade); momentos de *pausa e parada* nos lugares onde puderam, de alguma forma, ficar; e suas formulações sobre onde se inscreve territorialmente o processo de recuperação e sua instável temporalidade.

PRESOS DO LADO DE FORA: ONDE NÃO SE PODE FICAR

Dino viveu anos consumindo diferentes tipos de drogas. Mas o que ele descreve como uma “espécie de overdose” foi um marco de sua transição para a internação, aliada ao nascimento de sua filha. “Não dava para ficar em casa naquele estado”, tendo aquela vida. E para tratar daquele estado em que se encontrava, um tio de Dino lhe sugeriu uma conversa com certo pastor que, segundo esse tio, tinha tido uma vida parecida com a dele. E foi assim que Dino conheceu um pastor que lhe fez uma pregação sobre o Código Penal Brasileiro¹⁵:

Ele me contou a história dele e... e meu telefone não parava de tocar. Foi quando ele pegou o Código Penal e falou assim: lê esse artigo aí. Ele abriu um artigo lá com muita, muita propriedade. Conhecedor tanto da Bíblia quanto do Código Penal Brasileiro... Nesse artigo que ele me mandou ler, *tava* escrito que quem fabrica, transporta, trafica ou simplesmente facilita, tá enquadrado no mesmo artigo. Aí ele falou: com muito dinheiro que teu pai investir, com muito conhecimento que vocês tiverem, cê pega de oito a doze anos de prisão. Como você é réu primário, teu pai pagando uma fiança e tal, cê vai ficar lá de seis meses a dois anos, dependendo do juiz, dependendo do lugar que cê for, cê não vai fugir da reclusão, mesmo sendo réu primário, se te pegam, porque você vai ser enquadrado em formação de quadrilha, facilitação para o tráfico, tráfico de drogas, enfim.

¹⁴ Sobre testemunhos, ver Côrtes, *Diabo e Fluoxetina*; Eduardo Dullo, “Testemunho: cristão e secular”, *Religião & Sociedade* 36, no. 2 (2016): 85-106, <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap05>; César Teixeira e Beatriz Brandão, “Sobre as Formas Sociais da Mudança Individual: o testemunho em centros de recuperação pentecostais”, *Revista ANTHROPOLÓGICAS* 23, 30(1) (2019): 136-157.

¹⁵ Todas as falas incluídas no artigo são transcrições literais de registros em áudio de conversas com os interlocutores da pesquisa. Apenas pequenos ajustes foram realizados no texto, quando a fala literal dificultava a compreensão do conteúdo das conversas. Nenhuma alteração foi feita nos termos e expressões utilizados pelos interlocutores.

Eu falei, *caramba, a ficha caiu!* E de fato, eu num traficava, mas eu emprestava minha moto, eu emprestava dinheiro e a gente tinha uma patota muito grande! [...] A gente ia em festa com uma quantidade muito grande, a gente não ia com a intenção de vender, mas as pessoas sabiam que a gente tinha bastante, vinham pedir. Então a gente vendia e... e ia dar, iria dar zebra... e ia dar ruim, como dizem. Então eu resolvi aceitar a ajuda dele.

Além de não poder “ficar daquele jeito” em casa, com uma filha pequena, o pastor mostrou a Dino que, “vivendo daquele jeito”, ele ia acabar sendo obrigado a viver em outro lugar: na cadeia. A pregação do pastor teve por base o Código Penal. E a internação foi um rumo para livrar-se da cadeia.

Alexandre, jovem morador da Baixada Fluminense, contou que passou dezessete anos “preso nas drogas”. Antes da internação, diz que havia chegado ao fundo do poço e estava em estado de calamidade. Mas um evento do campo da violência marcou de forma mais definitiva o tempo da internação:

Aí teve um dia que eu que eu fiz uma m... grande, né? E assim, na época não era milícia. Hoje é milícia, mas antigamente era P2. Dizia que era os *quebra*. As pessoas que matavam, os caras que matavam. E aí esses caras tavam atrás de mim e aí eu pulei o muro atrás de casa no lote e depois eu voltei, e pedi pro meu irmão: cara, me leva pro centro de recuperação, que eu quero ajuda. Mas eu não queria ajuda, eu queria sair daquele problema.

[...] eu entrei na casa quando eu já tava já sofrendo alguns... assim, alguns transtornos. Tinha um primo meu... que ele tinha morrido... e eu andava sempre com ele. E ele tomou dez tiros, tomou nove tiros nas costas e um na perna... ali fora, na praça... E aí, eu, quando eu vim embora, aí mataram ele, entendeu? Então, eu já tava andando assim, desconfiado de tudo. Aí eu me drogava, eu já ficava, já ficava meio assim, descompensado, já ficava muito nervoso. E assim pensava até em pegar a arma, uma arma, pra cobrar, pra ir atrás de quem fez. Porque eles fazem... eles fazem aqui. E eles andam assim normalmente. E assim, depois, já começou a acontecer essas coisas comigo. A minha mente começou a ficar muito transtornada. Aí, por isso, eu pedi ajuda.

Alexandre estava “preso nas drogas” e não podia, portanto, ficar andando solto na sua vizinhança, em seu bairro. Lá, ele já estava no radar dos atores da violência: tráfico e polícia. A morte passava ao seu lado, muito perto, tanto que os tiros já tinham atingido seu primo. O “problema” do qual ele queria sair, e os “transtornos” que ele estava sofrendo, se inscreviam na fronteira das drogas com o corpo, a mente, o crime e a cidade.

Jailson, morador da zona oeste do Rio de Janeiro, contou que “conheceu as drogas aos 14 anos”. Durante sua adolescência, encontrou nos cursos da FEEM – Fundação Estadual de Educação do Menor¹⁶ – um apoio para tentar seguir uma vida reta. Depois de três meses de curso, conseguiu trabalho numa empresa. “Eu consegui como ‘FEEM menor’ alcançar isso”, nos contou. Para manter-se na empresa, ficou seis meses sem usar qualquer tipo de drogas, com medo de ser pego nos exames admissionais. Depois desse tempo, seguiu nas drogas.

¹⁶ Fundação para a Infância e Adolescência – FIA, “História”, acessado em 30 de novembro de 2020, http://www.fia.rj.gov.br/content/institucional/institucional_historia.asp.

Durante sete anos Jailson usou drogas junto com a mãe de sua companheira. Segundo contou, eles tinham “tipo um refúgio”, um “refúgio das drogas”, um espaço onde o consumo podia ser feito sem o risco das ruas, mas com o acolhimento da vida doméstica. Após a separação, no entanto, “como ele já era viciado”, passou a ter que enfrentar os perigos de consumir a cocaína em outros lugares, agora públicos, e assim os descreve:

Uma certa vez um rapaz chamou pra botar uma *inteira*, e nisso entramos no beco... e daqui a pouco... muito tiro, muito tiro e, nisso, uma correria! Entramos numa casa e saímos pela laje. O dono da casa falou assim: “*vocês não podem ficar aqui não, cara. Precisam sair. Tudo bem, entraram aqui, mas tem que sair. Não dá pra ficar na minha casa não*”. E, nisso, geral saiu pela laje, e eu fiquei um tempo ali, preso, com medo de sair.

Pra usar, só podia usar na linha do trem. Aí eu ponho o rosto na linha do trem, porque ali é aberto, e tinha muito polícia. Nisso, quando a gente bota a cara ali, o pessoal começa a correr. E eu também. Nisso, começam a dar muito tiro. Eu consigo sair, mas as duas pessoas que estavam comigo ficaram. A polícia pegou os dois e eu fui embora. E eu falo: saio dessa vida! Eu não quero saber... se eu conseguir sair livre disso, eu saio dessa vida!

As situações de “crise” descritas por Jailson quanto à sua experiência de consumo de drogas são apresentadas a partir de conflitos territoriais. Momentos cruciais, nos quais sua busca por locais de consumo o colocava em risco: risco de ser preso, de levar um tiro. Jailson vivia o colapso de sua vida como um todo, um colapso social. Ele pensava em “sair dessa vida” toda vez que conseguia se livrar da morte ou da prisão. E foi então que ele decidiu, em dado momento, pela internação em uma CT.

Silvio, em nossa conversa realizada na igreja da qual é membro desde que saiu da CT, contou sua história a partir de um dilema familiar: um casamento conflituoso, a destituição do contato com sua filha e o agravamento de seu “problema com a bebida”. Morou na rua por quatro anos. “Comecei com a cachaça. Se eu bebia uma, duas, três garrafas de buchudinha por dia... ficava bêbado... Aí virei mendigo. Virei praça mesmo. Comecei a morar na rua. Fiquei desesperado. Ficava por ali mesmo, dormia por ali nas praças”.

Neste tempo, Silvio passou por abrigos:

Fiquei em abrigos por aqui, mas você ficava cinco dias preso lá dentro. Mas depois de cinco dias, você podia sair na rua. Era a mesma coisa que nada. Podia até 22h entrar. Não adiantava nada, porque tu saía, bebia, bebia, bebia e voltava para dormir. Eu entrei nesse abrigo duas vezes. Quando eu tava lá, eu era tranquilo. Porque eu tinha um lugar para me alimentar e dormir. [...]

Mas dava aquele tempo, aí você tinha que ir pra rua de novo. Aí tinha que esperar mais noventa dias para tu retornar. Até lá, tu já virou alcóolatra de novo. Tu já bebeu de novo. Entendeu?

Na rua, como “praça”, Silvio vivia uma vida solta demais. No abrigo, ficava “preso” por uns dias, mas depois “podia sair na rua” e estar na rua era sinônimo de beber. Já o abrigo era um lugar para se alimentar e dormir. Essa era uma condição de parada, mas com tempo determinado. Depois, só podia voltar passados noventa dias. “Aí tu já virou alcóolatra de novo”. A vida de Silvio foi, por quatro anos, uma dinâmica de intensa circulação entre ruas, praças, abrigos e assim sucessivamente.

Os percursos de Dino, Alexandre, Jailson e Silvio apresentam uma complicada economia, entre vivências nomeadas por eles como de *aprisionamento*, de “sentir-se preso” em diferentes situações, associadas com experiências de perceber-se “solto demais”. Presos demais às drogas, ficavam soltos demais nas ruas; livres demais para o consumo, encontravam-se presos às condições de perigo que este impunha; livres para circular na cidade e nas ruas, vivendo a aventura da *viração*, perdiam o direito de ficar em suas casas, em suas vizinhanças, em seus territórios, que passavam a repeli-los como indesejáveis. Livres para moverem-se pelas fronteiras urbanas das ilegalidades, corriam riscos constantes de serem capturados pelos agentes do estado que, em grande parte, agem pela lógica da criminalização dos pobres.

Foi assim que Abdias, cuja entrevista aconteceu em um abrigo, acabou preso:

Eu era muito envolvido com a drogadição, que é a causa de eu estar aqui hoje, nesse abrigo agora. E isso fez com que meu relacionamento com a mãe da minha filha terminasse, que eu fosse preso várias vezes, por praticar crimes pra consumir drogas. Porque, quanto mais usa, mais quer usar. É complicado. E eu fiquei nesses crimes. Eu fiquei dez anos e meio preso. Saí e, não vou mentir, eu voltei pra drogadição de novo, como se nada tivesse acontecido. [...] Quando não tava no abrigo, tava na rua. Desde o natal de 2007 para 2008, minha vida foi prisão e rua. Dez anos disso foi na cadeia, mas de resto foi na rua, até aqui [no abrigo].

O percurso de intensa circulação que Abdias relatou incluía também uma grande rotatividade por CTs. Foram sete as suas passagens por “clínicas de recuperação”. Abdias tinha trinta e três anos quando conversamos com ele, e já tinha vivido dez anos na “cadeia”, passado por sete CTs, além dos tantos abrigos que ele mencionava em sua narrativa. Mesmo sem ter sido questionado, mas de algum modo justificando sua experiência sem sucesso nas CTs (afinal passara por sete), Abdias explicou que as CTs tinham por objetivo “resgatar a pessoa da vida ruim”, mas que ele “não tava com o pensamento centrado” naquela época, e não quis ficar em nenhuma delas.

Foi também o *pensamento descentrado* que fez Luciano se aproximar da morte e terminar em uma clínica psiquiátrica. Luciano contou que ficou *sem rumo, desorientado*. Do uso recreativo, resvalou para o que descreveu como “uma vida degradante”:

Um belo dia, eu tava no morro de São Carlos, junto com um amigo meu. A gente foi lá pegar droga, essa coisa toda... e aí, chega a situação bem degradante. Eu voltei andando. Me assei todo. Porque eu fui ao banheiro, mas não tinha papel. Enfim, tô te contando isso só pra você entender o nível que se chega, nessas coisas da degradação humana. E fui andando ali do São Carlos até a Lapa. Cheguei com as nádegas todas assadas. E naquele dia eu tentei, assim, me matar. Eu falei: cara, quer saber? Vou tomar. Eu já tava, eu já tinha sido, já tinha tido dois surtos antes. Eu fui parar em clínica psiquiátrica e não internado. Mas eu fui medicado, com Diazepan. Pra dar aquela acalmada, essa história toda. E logo depois eu fui internado. Eu pedi pra ser internado. Porque isso é muito importante né, cara? Porque você tem que se humilhar.

Luciano nunca enfrentou problemas com o mundo do crime e da violência. Sua condição de jovem de classe média delineou outras trilhas para sua vida. No entanto, a cocaína era um fator efetivo de risco de morte em sua história, e a droga era sua prisão e sua condição de expulsão da vida doméstica, do casamento, da família. O jogo entre *sentir-se preso ou usufruir da liberdade*, nesse processo que o levou

a “pedir para ser internado”, é formulado de maneira sutil em sua narrativa sobre o início de seu tempo de internação:

Claro que levei dois meses pra começar a entender esse processo todo. Como eu te disse, inicialmente eu queria ir embora, minha vida tava lá fora. Mas, ao mesmo passo, eu não podia sair. Não porque eu não pudesse ir embora, porque lá você não era obrigado a ficar. Ninguém me segurava. Mas eu sabia que, se eu fizesse esse movimento, também eu ia traumatizar uma família inteira, de pessoas que estavam pagando a minha internação, de pessoas que me amam, entendeu? Então, isso tinha um peso enorme. E aí, depois de dois meses, eu comecei a me permitir, a me estudar. Cara, eu achei superinteressante.

[...] O difícil é você entender que essa coisa da liberdade... que a gente chamava de liberdade... era uma tremenda prisão. É uma inversão de valores bem dada, eu acho. De você achar que usar droga é liberdade, assim, de forma abusiva.

Espaços e tempos em que se pode parar, quando não se pode ficar onde se quer, não se pode habitar a casa, a vizinhança, o território que lhe é próprio; quando a vida está em risco de formas muito variadas, quando a vida entra em colapso, podem ser pensados como espaços de exílio, refúgio. A ideia de “refugiados urbanos” não é uma novidade e já tem sido usada para se refletir sobre os excedentes da cidade, os que ficam nas cracolândias, nas ruas, nos abrigos¹⁷. Pretende-se neste estudo se somar a essa reflexão, pensando sobre as CTs como zonas de exílio, inscrições religiosas nos circuitos urbanos produzidos pelos dispositivos da violência.

ZONAS DE EXÍLIO URBANO: O ESPAÇO – TEMPO DAS CTs

As práticas pentecostais nos meios urbanos consolidaram um importante repertório do dispositivo de gestão da violência e do sofrimento no Rio de Janeiro. Nos últimos anos, relevantes pesquisas confirmaram a mediação pentecostal na experiência do encarceramento¹⁸, como um elemento do conjunto das práticas dos operadores do comércio ilegal de drogas¹⁹, bem como na institucionalização de projetos religiosos voltados ao enfrentamento do campo da violência²⁰.

A hipótese que se pretende por ora adotar como eixo analítico, mesmo ciente de que tal argumento não será plenamente desenvolvido no âmbito deste artigo, é a de que os centros ou casas de recuperação pentecostais, existentes há cinco décadas no Brasil, são centrais e, sugere-se, inauguraís desse esforço de mediação política, religiosa e territorial, realizada nas periferias urbanas e pesquisadas com mais fôlego nos anos 2000. Revisitando estas análises, e conhecendo mais de perto as realidades das CTs,

¹⁷ Raquel Carriconde, “Refugiados urbanos em trânsito permanente: efeitos menos visíveis da produção de uma cidade olímpica”, *Hist.Soc.* 39 (julio - diciembre de 2020): 82-104, <http://dx.doi.org/10.15446/hys.n39.82883>.

¹⁸ Eva Scheliga, “E me visitastes quando estive preso: estudo antropológico sobre a conversão religiosa em unidades penais de segurança máxima” (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000). Repositório Institucional UFSC: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/78979>.

¹⁹ Christina Vital da Cunha, *Oração de traficante: uma etnografia* (Rio de Janeiro: Garamond, 2015).

²⁰ Patrícia Birman e Carly Machado, “A violência dos justos: evangélicos, mídia e periferias da metrópole”, *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 27, no. 80, (outubro 2002): 55-69, <https://doi.org/10.1590/S0102-69092012000300004>.

pretende-se propor que esses espaços urbanos de base religiosa, mas não eclesiais, que “acolham todo tipo de gente” passaram a ser mobilizados como lugares onde se podia ficar quando o *exílio se torna a única condição para a vida*. Apesar da vinculação voluntária às CTs ser uma característica comum a todos os interlocutores desta pesquisa, há circunstâncias severas em cada trajetória que conduzem à condição de exílio sobre a qual se busca aqui refletir.

A literatura mais ampla sobre o exílio discute práticas políticas de banimento de fronteiras nacionais²¹. Uma tentativa de transposição dos estudos sobre exílios nacionais para contextos urbanos traz muitos desafios, mas também possibilidades. Agamben afirma que o exílio se situa entre o *exercício de um direito* e uma *instituição penal*, simultaneamente liberdade e condenação²². Essa ambiguidade inerente ao exílio dá-se, nos termos de Agamben, por ser o exílio a figura que a vida humana adota no estado de exceção, em sua relação imediata e original com o poder soberano. “A exceção é, realmente, segundo uma possível etimologia do termo (*ex-capere*), tomada de fora, incluída por sua própria exclusão”²³. Said, em suas reflexões sobre o exílio, elabora a ideia de que, às vezes, *o exílio é melhor do que ficar para trás ou não sair*²⁴. Essa condição formulada por Said exprime muitas das circunstâncias expulsivas que levam sujeitos às CTs: *melhor lá, do que ficar para trás ou não sair*.

As questões aqui colocadas a partir do tema do exílio possuem reverberação direta com a literatura sobre refúgio. Agier, em suas discussões sobre refugiados na nova ordem mundial²⁵, trata dos dilemas e das violências embutidas na inscrição urbana de sujeitos e populações deslocadas, e discute a dura condição da vida em refúgio. Ao analisar o manejo “humanitário” associado à guerra, em seus moldes contemporâneos, Agier qualifica o debate sobre as condições de sobrevivência, garantidas governamentalmente nos campos de refugiados, pela tríade *cuidado, cura e controle*. Os campos de refugiados, afirma Agier, são compostos por dispositivos *policiais, alimentares e sanitários*, caracterizados por seu isolamento, nos quais os indesejáveis são colocados à espera, em sobrevivência, sem direitos.

Não se propõe aqui refletir sobre *exílios ou refúgios em contextos urbanos* minimizando a radicalidade e a violência da experiência expulsiva de fronteiras nacionais. Tenta-se, ao contrário, qualificar outros deslocamentos forçados e violentos de territórios de pertencimento – a casa, o bairro, a vizinhança, a cidade – a partir da *intensidade do desterro* que caracteriza o exílio nacional, buscando sempre preservar sua radicalidade e seus desdobramentos únicos e intransponíveis. Em diálogo com as proposições de Agier, interessa pensar as CTs como espaços de *isolamento de indesejáveis* postos à espera em contextos urbanos violentos. Nessas circunstâncias, tal como nos campos de refugiados, a condição de “sobrevivência” e “suspensão de direitos” evidencia a linha tênue na qual tais dispositivos de *cuidado, cura e controle* (nos termos de Agier) operam na produção de acolhimento, bem como de controle e de abuso.

²¹ Michel Böss, “Theorizing exile”, in *Re-Mapping Exile Realities and Metaphors in Irish Literature and History*, ed. Michel Böss, Irene Gilsean Nordin e Britta Olinder (Denmark: Aarhus University Press, 2006), 15-46.

²² Giorgio Agamben, “Política del exilio”, *Revista de Estudios Sociales*, no. 8 (2001): 119-124, <https://doi.org/10.7440/res8.2001.13>.

²³ *Ibid.*, p. 122.

²⁴ Edward Said, “Reflexões sobre o exílio”, in *Reflexões sobre o exílio e outros ensaios* (São Paulo: Companhia das Letras, 2003), 46-60.

²⁵ Michel Agier, Refugiados diante da nova ordem mundial, *Tempo soc.* 18, no. 2 (2006): 197-215. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702006000200010>.

Se uma das lições de um olhar a partir do exílio é a ênfase nas *circunstâncias expulsivas* que o constituem, como referido acima, o drama do exílio é constituído também pelos processos de *recepção* e de *trânsito*, o que leva a uma abordagem tanto das lógicas políticas da exclusão, quanto da integração dos deslocados²⁶. Retoma-se aqui o debate específico sobre as CTs religiosas, no contexto das periferias urbanas no Rio de Janeiro.

Contextos periféricos urbanos são constituídos por formas de governo estatais, criminais e religiosas²⁷, com suas instituições, práticas, símbolos e discursos²⁸, cuja compreensão é indispensável para entender as dinâmicas do exílio urbano. Os conflitos urbanos se dão, portanto, na fronteira entre esses governos, que ora constituem o aspecto *expulsivo* da condição do exílio, ora seu caráter *receptivo*, ora o de *trânsito*. Como destaca Jensen²⁹, aqui nota-se um importante alerta para a pesquisa empírica: o fenômeno mutante do exílio pode assumir a forma de exclusões institucionalizadas (isto é, atos sancionados judicialmente) ou de situações factuais: escapes, fugas por medo de ser vítima de uma prisão ou de um homicídio.

Pretende-se aqui situar as CTs como um espaço possível de *recepção*, no percurso de sujeitos que vivenciam as circunstâncias expulsivas do exílio urbano. O aspecto religioso dessas CTs, para além de ser o que as define, é também o que *indetermina* o perfil de tais iniciativas e as capacita a seguir acolhendo muitos tipos de gente.

Depois de quatro anos entre ruas e abrigos, voltando a ser alcólatra sempre que não estava “preso” no abrigo, Silvio pediu ajuda em uma igreja e, por meio dela, internou-se em dois centros de recuperação religiosos. No segundo, ficou onze meses:

Me internaram lá no projeto... Eu fiquei lá onze meses. Lá eu aprendi a ser um homem de honra. Amar o próximo como a si mesmo. Porque lá... vou ser franco... centro de recuperação não recupera ninguém. Lá tu fica afastado. Fica afastado das drogas, do álcool, da cocaína, da maconha. Tu só fica afastado. Pode ver que o muro é baixinho. Se quiser ir embora, tu vai.

As CTs são, para muitos, espaços onde as pessoas ficam “afastadas” dos problemas, mantidas “longe” dos territórios que lhes apresentam riscos. No caso de Silvio, o risco era a vida na rua, a morte na rua, o acesso à cachaça, à “buchudinha”. O abrigo lhe dava liberdade demais: ele podia sair, entrar, voltar. Ao mesmo tempo, lhe dava limites de tempo: eram poucos dias lá dentro e tinha que ir embora. Não podia ficar. “Não poder ficar” é um acesso que leva à rota das CTs, onde o tempo de estadia é mais amplo, ou

²⁶ Mario Sznajder e Luis Roniger, *The Politics of Exile in Latin America* (Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo: Cambridge University Press, 2009); e Silvina Jensen, “Sobre la política del destierro y el exilio en América Latina de Mario Sznadger y Luis Roniger Hacia un enfoque sociopolítico, macrohistórico y teórico-analítico del problema”, *Historia, Voces y Memoria* /8 (2015): 13-20, <https://doi.org/10.34096/hvm.n8.1660>

²⁷ Patricia Birman, “Cruzadas pela paz: práticas religiosas e projetos seculares relacionados à questão da violência no Rio de Janeiro”, *Religião & Sociedade* 32, no. 1 (2012): 209-226. <https://doi.org/10.1590/S0100-85872012000100010>; Martijn Oosterbaan e Carly Machado, “Postsecular Pacification: Pentecostalism and Military Urbanism in Rio de Janeiro”, in *Cultures, Citizenship, and Human Rights*, ed. Rosemarie Buikema, Antoine Buyse, Antonius C.G.M. Robben (London: Routledge, 2020), 104-120.

²⁸ Michel Foucault, *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France, 1977-1978* (São Paulo, Martins Fontes, 2008).

²⁹ Silvina Jensen, “Sobre la política del destierro”, 13-20.

melhor dizendo, mais indefinido. Na CT onde Silvio ficou, o prazo máximo era de nove meses, mas ele ficou onze.

No caso de Dino, o perigo era a criminalização das suas práticas de lazer, que incluíam vendas de pequenas quantidades de cocaína em festas. E se o pastor o convenceu a ir para uma CT usando o Código Penal, o local onde ele foi parar, fora do estado do Rio de Janeiro, confirmou as CTs como um equipamento do dispositivo da gestão não apenas da violência urbana, mas do crime:

Esse centro, ele é particular. Aceita alunos que paguem a mensalidade. Mas, porém, eles têm também um convênio com o Poder Judiciário da cidade e o juizado, quando... quando tipo o réu era primário, e eles pegavam pequena quantidade de droga, eles mandavam pra lá. Em vez de mandar pra cadeia, eles mandavam pra lá, pro centro de reabilitação, e determinavam um tempo que o infrator tivesse que ficar lá.

Então, assim... foi uma experiência bem, bem completa, né? Porque não tinham só pessoas que a família levava, tinham, a bem dizer, criminosos mesmo. E que, na verdade, não queriam estar lá.

Então, assim, eu tive que me esforçar ainda mais pra poder achar o meu caminho, pra poder não me envolver ainda mais com essas pessoas e acabar tendo um final pior.

O relato de Silvio trazia a dimensão da violência e a presença de “criminosos” na comunidade terapêutica, mas não em razão do cumprimento de pena, como na história de Dino. Nos relatos de Silvio, os bandidos se internavam para se esconder:

Tinha muita gente lá dentro que tinha feito besteira aqui fora, matou aqui fora, entrava como viciado e não era viciado. Tinha gente que nem nunca tinha fumado um cigarro na vida. E tava lá como viciado. O teu limite é até de até nove meses. Aí ia pra lá pra se esconder. *Tando* lá, tem como você ficar pianinho... ficar tranquilo. Saber como você fala com os outros, porque você não sabe quem é quem. Você tá pensando que o cara tá lá... mas o cara é matador. Você tá dormindo com um assassino e você não sabe.

Alexandre, que viu seu primo morrer e que contou que era perseguido e ameaçado em seu bairro, diz que ficou na CT por nove anos. Mas é preciso ouvir um pouco mais sua história para entender esse tempo:

Então, nos dois primeiros meses foi difícil, mas como era aqui... aí eu concordei... E assim, aí depois eu fui ficando, fui ficando, fui ficando e aí, no final da minha recuperação, que eu não queria ficar, aí eu aí eu gostei, fui gostando, ficando.

Mas tem aí a questão de que eu não fiquei esses nove anos lá dentro. Quando eu fiquei quatro anos, e aí quando eu vi, eu comecei a namorar e noivei. Aí eu tive que sair pra trabalhar, porque casa de recuperação ela não tinha recurso de governo, de ninguém, de Prefeitura de nada. E aí eu fiquei um ano e pouco trabalhando, depois eu voltei de novo pra lá, porque o [coordenador da casa] me chamou, por eu não ter recaído. Por ele ter sofrido um AVC, precisava de pessoas lá, comprometidas. Ele viu isso em mim. Aí eu voltei pra trabalhar. E aí eu tô mais esse tempo lá, de novo. Que fez nove anos agora. Mas não nove anos todo lá dentro. Eu fiquei um ano e pouco trabalhando e mais alguns meses aqui fora. Vamos dizer, dois anos aqui fora, entendeu?

Alexandre ficou preso demais nas drogas, livre demais nas ruas correndo riscos, depois sentiu-se preso. Não queria ficar na CT. Todavia, com o tempo, resolveu ficar. E foi permanecendo. Morou na CT, lá encontrou uma noiva, casou-se, mudou-se, trabalhou fora, voltou para trabalhar dentro. E assim passaram-se nove anos.

Jailson, que por alguns anos usou drogas com sua sogra em um “refúgio” doméstico, propiciado pelo convívio com ela, e depois viveu o risco da experiência do consumo nas ruas, após anos, resolveu se internar:

E eu louvo a Deus por esse dia, porque já vinha amadurecendo em mim o desejo de me internar, de *procurar um refúgio*, procurar uma melhora pra minha vida. [...] Eu já estava morto espiritualmente, mas eu queria morte mesmo, não tinha mais saída. E nisso, eu dormi e tive uma visão [...] E essa voz falava, Deus falava: vai, que eu vou cuidar de tudo.

A descrição de Jailson, sobre o local onde ficou internado, enfatiza sua “simplicidade”. “A unidade, em 2002, era bem simples. Quero dizer, no sentido espiritual”. O tempo do exílio vivido por Jailson foi um tempo disciplinar. Tinha que realizar as atividades previstas, com intervalos definidos praticamente de meia em meia hora: levantar, arrumar a cama, tomar banho, fazer as cinco refeições oferecidas nos horários determinados, fazer uma “terapia” (“arrumar a chácara, lavar o alojamento, e outras coisas mais”), lavar roupa, fazer jejum, estudo bíblico. Todas atividades simples. E “você que observa o seu tempo, a sua dedicação”.

“Manter-se ocupado” foi uma das chaves do processo vivido por Jailson na CT: ocupar corpo e mente com o *trabalho/cuidado de si e dos outros* e com a *religião*. Ocupação, obrigação, acolhimento e cuidado formam um conglomerado de práticas e moralidades muito próprio às CTs e seus projetos de transformação de comportamentos, visando a transformação de vidas. Jailson diz que na CT conheceu a “consagração”, a vida devota, monástica. Mas sua experiência de conversão se deu depois.

Dino disse a mesma coisa: não se converteu durante a internação. Ressalta, porém, que na CT ele *conheceu o poder de Deus* e viu as pessoas sendo curadas “de vários problemas diferentes”. Em suas palavras: “Eu vi homens duros saírem de lá, transformados pelo poder de Deus”:

Eu vi Deus curar traficantes, assassinos, inclusive assassinos. Eu vi que Deus tinha esse poder, entende? Pra aqueles que se rendiam realmente, pra aqueles que se lançavam na naquele tratamento, eu entendi que eles seriam curados, eu vi que eles eram curados, saíam de lá curados.

A medicina diz que a dependência química é incurável, mas lá eu vi que através da religiosidade, através do poder de Deus, as pessoas eram curadas. Eu vi várias pessoas serem curadas lá. A internação serviu muito para isso. Para eu ver que tem cura, para eu ver que tem chance de eu me curar. Aí, lá eu decidi então seguir a Jesus. Na verdade... a conversão na verdade veio depois.

As pessoas que participaram das conversas não eram indivíduos abandonados, mas exilados de certos territórios urbanos. Presos do lado de fora de seus lugares, circulavam pela cidade como excedentes. Inscreviam-se em zonas de espaço-tempo variados, inclusive em CTs. Estas oferecem, dentre outras mediações, espaços e tempos mais prolongados ou, no mínimo, indeterminados. Seu tempo de

permanência não é o da longa duração pela força (como na prisão), nem o de curta duração da assistência social (como nos abrigos), e nem o efêmero e instantâneo circular da rua. Dadas as severas condições vivenciadas por certas populações na trama do mundo das drogas na cidade, suas percepções sobre as CTs, longe de serem romantizadas, nos mostram uma perspectiva situada. A CT não é casa, mas tem cama, comida e roupa lavada. Não é trabalho, mas tem ocupação. Não é família, mas tem disciplina, regra, moralidade, hábitos e consequências para os atos. Não é igreja, mas tem vida comunitária; ideias para ocupar a mente, ajudando a produzir sentidos e explicações; e rituais para mobilizar o corpo.

A religião pode ser pensada como o elemento não expulsivo da CT, e é esse aspecto que a torna exílio, refúgio. Se há algo do que se “acusa” o religioso é de sua dimensão imersiva, proselitista, de querer ser o que captura, o que faz ficar. Mas pouco se pensa do que há na religião, e particularmente no pentecostalismo, de não expulsivo, mesmo para o que a sociedade considera por repulsivo.

Há um aspecto moral particular no exílio religioso das CTs. Dada a diversidade do campo dessas instituições, de seus perfis e de sua institucionalidade, as triagens que definem quem pode ficar numa CT seguem lógicas muito diversificadas, mais ou menos alinhadas às lógicas estatais e jurídicas. A *condição do exílio* é uma situação de acolhida, que permite a flexibilização de critérios morais e jurídicos, mesmo porque a própria fronteira do exílio é uma fronteira na qual o que é “crime” se redefine, como no caso dos exílios políticos. O controle moral e disciplinar se dá fortemente, ou mesmo se impõe, dentro da CT; mas não necessariamente impede o acesso ou a entrada nesses espaços.

O pentecostalismo das periferias urbanas, e sua respectiva batalha espiritual, entende toda situação como oportunidade de redenção, de operação divina sobre corpos e almas em sofrimento. Desse modo, acolhe, não força a saída, não expulsa e, enquanto cada um e *qualquer um* estiver em seu raio de ação, tenta mediar a restauração espiritual e social. Esse fato tem sido levado às últimas consequências pelo pentecostalismo que “invade” prisões, delegacias, territórios violentos, locais públicos de consumo de drogas. A batalha espiritual do pentecostalismo urbano não opera apenas como *representação* de conflitos, mas *intervindo* na cena urbana desses conflitos.

ZONAS URBANAS DE RECUPERAÇÃO DA VIDA

A condição do exílio é refletida em sua negatividade, ou seja, no que tange àquilo que *a partir dele se perde*, mas também na perspectiva do que *a partir dele se produz*, se cria; e da possibilidade de se inventar um mundo novo. O exílio é assim tratado em termos dialéticos também como estratégia, recurso, descobrimento, possibilidade, aprendizagem. O exílio é marcado por uma dimensão de projeto de futuro, um horizonte de expectativas relacionado a *projetos vitais*³⁰.

Sílvio viveu nas ruas, no abrigo, bateu na porta da igreja, foi internado e é contundente em afirmar que “centro de recuperação não recupera ninguém”. Como em sua fala anteriormente apresentada, para ele o período de internação em uma CT é o momento em que as pessoas ficam “afastadas” de seus problemas. Mas a recuperação precisa de outros espaços e outro tempo:

³⁰ Sznajder e Roniger, *The Politics of Exile in Latin America*; e Jensen, “Sobre la política del destierro”, 13-20.

Lá não recupera ninguém. Recupera aqui fora. A faculdade é aqui fora. Porque aí você tá com dinheiro e diz “eu não vou beber”, eu não vou fumar cigarro, eu não vou cheirar cocaína, eu não vou fumar maconha. Tua faculdade é aqui fora.

No caso de Silvio, a igreja foi a inscrição urbana que viabilizou sua recuperação até o momento. A partir da igreja, Silvio recuperou seu trabalho de pedreiro, seja nas intermináveis obras da própria igreja, seja na casa de seus irmãos. A comunidade religiosa evangélica na qual Silvio congrega lhe possibilitou um território de vida e de afeto. “Eles me amam, eles cuidam de mim”.

Silvio foi cuidadoso ao definir seu local de moradia fora da CT e fora da igreja. A primeira casa que ofereceram para ele morar se situava numa favela:

Quando saí do centro de recuperação eu vim pra cá. Aí fiquei aqui [na igreja]... aí ganhei um terreno lá na comunidade. Mas não é minha praia, dentro de favela. Aí eu pensei: poxa... não é aqui. Meu negócio não é aqui.

Aí o pastor perguntou o que é que tava acontecendo. “Você quer que a igreja compre o material para tu?”. Aí eu disse... não, eu não quero. Deus não me quer lá. [...] Eu, dentro da favela... passava mal, porque eu via muita droga... via álcool, era 24h as garotas novas se prostituindo, muito alcoolismo. Aí eu falei: meu Deus, vou cair.

Silvio contou que começou, então, a procurar uma casa para morar e, quando encontrou um local mais perto da igreja, foi conversar com um irmão de sua célula; “pela benção de Deus”, descobriu que ele era o dono da tal casinha, para onde ele se mudou e mora até hoje. Aos poucos, foi remontando sua vida.

Tenho o meu alimento. Tenho até ar condicionado... Tenho a melhor televisão, tenho a melhor cama. Tenho o melhor guarda-roupa. Tenho tudo que você imagina. Não falta nada! Pra quem dormia em cima de um papelão...

Silvio cuida cotidianamente de seus percursos, dos horários de suas atividades, do tempo que fica perto do bar e, na prática, escolhe passar a maior parte de seu tempo dentro da igreja. É conhecido por passar o dia na igreja, onde sente-se protegido.

A minha vida é aqui dentro. Eu saio... eu trabalho aqui, largo 17h, vou em casa e volto pra cá de novo... Eu fico aqui, mesmo quando não tem culto... Fico aqui escutando louvores, quando eles estão ensaiando. Eu fico aqui todos os dias. Se puder, eu moro até aqui dentro. Minha vida é aqui.

A igreja confirmou-se também como uma zona de recuperação na vida de Dino. Após meses de internação com pessoas envolvidas com as drogas e o crime, e após testemunhar curas “pelo poder de Deus”, Dino engajou-se na igreja, como missionário. Para além da igreja, Dino foi convidado também para um projeto chamado *Metanoia Radical*, cujas atividades são assim apresentadas em seu site: “durante grande parte do projeto, haverão [sic] situações que exigirão esforço físico, emocional e psíquico, sendo assim não será permitida a participação de pessoas com problemas graves de saúde, seja de ordem física ou psíquica”. O processo de recuperação de Dino, após a internação, é diretamente relacionado às suas experiências no *Metanoia Radical*, assim como seu próprio processo de conversão. O envolvimento religioso de Dino com o evangelho é movido por esforço, provas, provações e

confirmações do poder de Deus de agir e de transformar vidas. E é esse o processo que ele apresenta em seus testemunhos.

Alexandre, após dezessete anos “preso nas drogas”, depois de ver seu primo ser morto, vive há nove anos em torno da CT que o acolheu. Como muitos, hoje é coordenador da instituição onde esteve internado. Sua condição de “ex-drogado”, que é demérito em outros campos de trabalho, o credencia e o destaca para a atuação na CT:

E hoje eu sou o coordenador da instituição. Felizmente. Eu posso falar felizmente, porque hoje eu tô feliz pelo aquilo que eu faço, pela vida que eu vivo. Apesar de ter perdido muita coisa, o principal não perdi, porque foi a minha vida, porque... eu posso citar um, assim, um texto da Bíblia, que diz que não adianta o homem ganhar o mundo todo e perder a sua alma.

A credibilidade conquistada por Alexandre frente à CT e à igreja, da qual participa intensamente e onde faz plantão nos fins de semana, tomando conta do estacionamento, lhe permitiu reconquistar seu território familiar e de vizinhança. Apesar de coordenar a CT, ele não mora mais lá, mas sim em cima da casa de sua mãe, no “quintal da família”, onde fazem festas juntos, “onde todo mundo vai”. Alexandre conta, com orgulho, que hoje ele é a pessoa a quem as pessoas procuram para pedir ajuda. “Então, assim, meu coração se alegra muito, porque a glória não é minha, a glória é de Deus”.

Assim como Silvio, Alexandre indica o que é necessário para uma vida em recuperação: tomar decisões quanto às relações pessoais, aos locais por onde circular e às pessoas que se deve evitar. “Então, por isso, eu estou de pé até hoje. Porque eu tô fazendo o que é sugerido, tá bom?”. O espaço da recuperação, após a internação, abriu para Alexandre uma janela de tempo para o futuro.

Por eu estar envolvido com pessoas que são assim, de bem, eu tenho outros pensamentos, pensamentos de futuro, pensamento de crescer e pensamentos de paz, e não pensamentos de mal. Porque quando a gente tá na drogadição a gente só tem pensamento de mal. Pô, já roubei... eu não posso falar de tudo que eu fiz, né? Mas eu já fiz muita coisa.

A igreja que se mostrou como ambiente de recuperação para Silvio e Alexandre não foi um espaço assim tão acolhedor para Jailson, o garoto que, ao longo de sua vida, buscou refúgio na FEEM, na casa da sogra e na CT. Sua internação foi em 2002 e, mesmo sendo hoje pastor, só se engajou na vida religiosa em 2018. Esses dezesseis anos entre um momento e outro foram tempos de instabilidade, de enfrentamentos mais conflituosos na vida ordinária religiosa fora do espaço disciplinar da CT. Ele viu que a igreja também “bota para fora”, e nos explica que, para fazer parte mesmo de comunidades religiosas, há muito com o que se lidar.

Nesses dezesseis anos, eu tive algumas caídas. Algumas derrapadas, por motivo mesmo disso, por que as pessoas não consideram nem respeitam a sua história e o seu passado. As pessoas pagam para ver se realmente você é isso, se você foi liberto daquilo. As pessoas não têm essa preocupação, esse cuidado.

Nós, cristãos evangélicos, falamos que Jesus cura, salva, liberta, batiza no espírito santo. Porém, a gente não tá preparado pra receber essas pessoas... receber um drogado, um ex-drogado, receber uma prostituta, ou melhor, uma ex-prostituta, receber pessoas desse nível. Uma pessoa em adultério, uma pessoa em fornicção... A gente apregoa muito isso, mas quando chega na igreja esses tipos de pessoas, a gente não sabe lidar. Da mesma forma que as pessoas entram, a

gente coloca pra fora. Porque a gente conhece muito a letra, mas não conhece o tratamento pra essas pessoas.

Jailson demonstrou sua preocupação com a combinação da ação pastoral missionária com os compromissos financeiros. Ele se identifica com a missão pastoral, mas percebe a complexidade da associação desta a um salário, às questões financeiras, à vida econômica do pastor, de sua família e da igreja.

Agora, eu não vou mentir: uma das coisas que eu tenho muita dificuldade, que eu tô orando muito a Deus... Eu sou a pessoa que eu gosto de visitar no hospital o membro da igreja, gosto de ir na casa. Se faltar ao culto, eu ligo. Gosto de levar a santa ceia para aqueles que estão enfermos, gosto de comparecer, eu gosto de participar do sepultamento... Mas eu tenho encontrado muita dificuldade, porque acredito que o pastor, quando trabalha de carteira assinada, quando ele é obrigado a cumprir um horário trabalhista, isso dificulta muito, muito, muito.

A igreja é uma zona de recuperação complexa para Jailson. Ele apresentou seus dilemas e dificuldades do cotidiano eclesial, que certamente não lhe são exclusivas. Compartilhou o fato de que as igrejas, algumas vezes, vêm vantagens financeiras no trabalho de assistência ao usuário de drogas, e incentivam tais iniciativas por serem também uma forma de recebimento de dinheiro. E isso o aborrece e entristece muito. A vida nas igrejas é difícil, principalmente para quem assume cargos como o de pastor. Silvio está na igreja como obreiro e como pedreiro. Dino é pregador, mas não cuida de uma igreja como pastor. Jailson está vivenciando a gestão de uma igreja e de uma vida econômica atrelada a uma igreja, e este não é um processo nada simples para ele. Além disso, o tempo de sua vida é constituído por muitos anos de consumo, alguns meses na CT, dezesseis anos de recaídas depois da internação e, até agora, dois anos de pastorado. A recuperação da vida é um processo que vai além da recuperação das drogas. E esse é um aspecto que deve ser refletido em sua complexidade.

Luciano, depois de ficar sem rumo, desorientado, tentar se matar, passar por um hospital psiquiátrico e decidir que tinha que ir para um centro de recuperação, segue sua vida lidando com os desafios cotidianos de sua relação com a cocaína. Luciano não é evangélico. Sua internação teve por base os princípios dos Narcóticos Anônimos (NA) e sua espiritualidade agrega elementos de práticas religiosas diversas. Luciano não gosta de instituições religiosas. Sua vida após a internação teve períodos de abstinência, recaídas e, no momento das conversas para esta pesquisa, sua opção era a redução de danos³¹. Mantinha-se afastado da cocaína, mas fazia uso de maconha e álcool. Sua narrativa pessoal deixa clara a dificuldade que deriva dessa escolha.

Luciano parou de frequentar o grupo de NA, pois este era um projeto de abstinência total. O NA, para Luciano, é um “lugar sagrado”, e ele não admite ficar no grupo sem ser totalmente sincero com seus pares. Os dilemas do espaço-tempo da recuperação de Luciano dizem respeito sobretudo à sociabilidade e à moralidade da relação com sua família e amigos:

³¹ A abordagem da redução de danos baseia-se no pressuposto de que cabe aos profissionais de saúde a minimização das consequências adversas do uso de drogas, e não a erradicação do consumo. Visa substituir estratégias repressivas, visando a autonomia do sujeito. Na linha do direito à cidadania e à saúde, desloca o foco para o cuidado.

Foi interessante ficar um ano limpo. Assim, cê vê que cê pode viver sem usar nada. Isso também é muito interessante. Só que aí tem essa questão do peso social familiar, porque o que é que acontece? As pessoas, elas vão beber, elas vão fumar, elas vão cheirar, elas vão... elas vão fazer tudo isso, e aí você fica meio que deslocado socialmente. Isso é uma outra questão. [...] E os companheiros de NA também não, eu nunca passei de só ter relação com eles dentro de sala de NA, porque pra fora não tinha muita relação, com nenhum deles, entendeu? Então, eu não fiz novas amizades, entendeu? Então, meio que acabei voltando pra esse circuito mais antigo mesmo. De amigos que não são amigos.

Para Luciano, em sua opção pela redução de danos, encontrar uma inscrição para sua recuperação é um trabalho cotidiano e complicado. Ele vive, de certa forma, em um *não lugar*, fazendo experimentações, o que o faz pensar nas sutilezas do que significa “se recuperar”.

Então, quer dizer, quando a gente usa esse termo de recuperar... recuperar o que, né? Isso é uma grande pergunta. Eu penso assim: o que que eu recuperei nessa situação toda? Eu recuperei viver de uma forma um pouco mais normal. Eu digo assim. Consegui fazer as coisas... trabalhar... sem ter as drogas interferindo diretamente nisso. Eu consegui estar com alguém... alguns objetivos meus... tocar alguns projetos pra frente.

Assim como Alexandre, para Luciano a recuperação aponta para o horizonte de um tempo futuro. Um tempo de planos que o retira da condição circular do agora infinito inscrito pelas drogas, e seus circuitos mentais, sociais e territoriais:

Tem uma outra máxima que é muito comum entre os adictos, que é a que diz que os adictos são engenheiros de obras inacabadas, porque eles agem muito dessa forma também, de forma muito impulsiva. [...] Então, eu acho que, hoje, eu consigo ver isso de alguma forma também. [...] Dar continuidade às coisas. Das coisas andarem pra frente.

Tal como analisado por Souza, enquanto o uso da droga implica um registro marcado por uma temporalidade imediata, o tempo da recuperação demanda a “reconstrução paciente de um novo horizonte temporal que permita sair do ciclo vicioso do aqui e do agora”³², uma “perspectiva de futuro”, “um planejamento mínimo da vida”. Ainda segundo Souza “O que importa é que exista um começo e que os ganhos em organização da identidade individual que a perspectiva de futuro enseja seja efetivamente ‘vívida’ pelo usuário possibilitando seu aprofundamento futuro”³³.

Abdias, o jovem de trinta e três anos que passou dez anos na prisão, circulou pelas ruas e por sete CTs (sem engajar-se no processo de reabilitação em nenhuma delas), encontrou sua zona de recuperação no abrigo onde o entrevistamos: um abrigo de temporalidade particularmente alongada em função da pandemia da COVID – 19. Parar e poder ficar no abrigo produziu um tempo para Abdias cuidar de si e *aprender a esperar*, e esperar significa projetar-se para um futuro possível.

Eu tô me sentindo muito bem aqui. Agora eu tô aprendendo uma coisa que eu não tinha na época, que é paciência. Eu não sabia esperar nada. As coisas tinham que ser no meu tempo. E

³² Jessé Souza, *Crack e exclusão social* (Brasília: Ministério da Justiça e da Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016), 27.

³³ Ibid.

não é assim. Você vê agora, fui no banco lá e não deu certo. Tem que esperar. Mas tá dando tudo certo, graças a Deus eu tô vendo aí de fazer um curso, nem que seja *online*. [...] Ontem também comecei a ver umas aulas de panificação, só pra lembrar, que tem tempo que fiz esses cursos. Aí, depois foi isso. Tô aí esperando as coisas acontecerem.

Abdias estava há mais de três meses no abrigo, quando foi realizada a entrevista. Nesse espaço de pausa, Abdias inscreveu seu processo de recuperação. Disse que a última vez que havia usado *crack* tinha sido na porta do abrigo, antes de entrar. A saída desse abrigo é limitada, e só se dá com acompanhamento dos profissionais de assistência social. Abdias, desde que chegou ao abrigo, conseguiu comprar um celular e tem tentado construir horizontes de futuro. Vê-se como um “adicto” e afirma que a “adição é para o resto da vida”. Não acredita em tratamentos medicamentosos para seus vícios. “Remédio nenhum cura”, disse. Seu projeto é conseguir um trabalho, uma ocupação. E está usando o espaço e o tempo no abrigo para tentar colocar seus planos em prática.

CONCLUSÃO

Pensar as CTs como *zonas de exílio urbano* favoreceu a formulação de outras perguntas sobre esse tema que, certamente, ainda merece amplo desenvolvimento. Essas questões podem ir além do caso particular das CTs e contribuir para a reflexão sobre outros processos urbanos que levam a mobilidades forçadas: quem são esses que se deslocam; como foram e são as suas trajetórias de mobilidade; que violência originou seus movimentos; quais atores intervêm para ajudá-los e orientá-los em diferentes momentos dessa experiência; quais são as características e consequências específicas dessas mobilidades forçadas³⁴.

A perspectiva do exílio conformou, ainda, uma abordagem do religioso na dinâmica da vida urbana, consonante com os aspectos que guiam uma leitura das *ciudades pós-seculares*, que exige um reposicionamento da questão da religião, não apenas nos termos de sua relação com o estado (pela via das políticas públicas), mas pela perspectiva da governança das populações das cidades e suas periferias. Diferentes autores do campo dos estudos urbanos³⁵ têm destacado a relevância de pensar-se a cidade não como o campo onde se realizam negociações contínuas entre projetos religiosos e seculares, mas como um *elemento constitutivo* indispensável da construção dessas fronteiras.

À guisa de conclusão, destaca-se que, nas conversas realizadas para o presente trabalho, foram muitos os homens que contaram o poder arrebatador do *acolhimento*, do deixar entrar, do deixar ficar, do abraço, da escuta, da palavra amiga, do sentir-se amado. É preciso incluir essas dimensões afetivas nas análises sobre o pentecostalismo nas periferias urbanas e suas práticas. Se muito se sabe sobre a produção e a reprodução da violência, ainda se tem muito a aprender sobre as rotas de fuga dessas dinâmicas violentas. Todavia, cabe por fim ressaltar que, em contextos violentos e de deslocamentos forçados, *zonas de exílio* situam-se nas fronteiras entre o acolhimento, o controle e a violência. Em condições brutais de existência, o cálculo do “melhor para a vida” esgarça os limites do possível, do aceitável e do suportável. Analisar as CTs pelo ponto de vista dos conflitos urbanos não significa afirmar

³⁴ Enrique Coraza Santos e Maria Soledad Lastra, ed., *Miradas a las migraciones, las fronteras y los exilios* (Buenos Aires: CLACSO, 2020).

³⁵ Arie Molendijk, Justin Beaumont e Christoph Jedan, *Exploring the postsecular: the religious, the political and the urban* (Boston: Brill, 2010).

sua eficácia em termos de *tratamento*, mesmo porque não foi este o foco desta análise, mas situá-las mais amplamente em um cenário complexo, emaranhado e constituído por muitos becos sem saída e poucas rotas de fuga.

BIBLIOGRAPHY

O FENÔMENO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: EXPERIÊNCIAS EM ZONAS DE INDETERMINAÇÃO

Maurício Fiore e Taniele Rui

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017.

NIDA – *National Institute on Drug Abuse*. "What Are Therapeutic Communities?" (julho 2015). Acessado em 18 de março de 2021. <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>.

Vanderplasschen, Wouter, Stijn Vandavelde e Eric Broekaert. *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Lisboa: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2014.

MARCO NORMATIVO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: DISPUTAS DE SENTIDO E NÓS JURÍDICOS

Noelle Coelho Resende

Antunes, Andre. "Crack, desinformação e sensacionalismo", *Fiocruz*, 14 de março de 2013. Acessado February 15, 2021, <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/crack-desinformacao-e-sensacionalismo>.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; 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. Brasília, 2006.

Brasil. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Brasília, 2006.

Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. Brasília, 2010.

Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2015.

Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019.

Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 2019.

Brasil, Ministério da Cidadania. Portaria nº 562, de 19 de março de 2019. Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED. Brasília, 2019.

Brasil, Ministério da Cidadania. Portaria nº 563, de 19 de março de 2019. Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania. Brasília, 2019.

Brasil, Ministério da Cidadania. Portaria nº 564, de 19 de março de 2019. Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas. Brasília, 2019.

Brasil, Ministério da Cidadania. Portaria nº 1, de 12 de novembro de 2019. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social e Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. Brasília, 2019.

Brasil, Ministério da Justiça. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2015.

Brasil, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e do Trabalho. Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade. Brasília, 2017.

Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece as exigências para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, conhecidos como Comunidades Terapêuticas. Brasília, 2001.

Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Institui o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Brasília, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 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. Brasília, 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.646, 2 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, 2015.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016. Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. Brasília, 2016.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília, 2016.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018. Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. Brasília, 2018.

Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11. Esclarece sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019.

Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília: CFP, 2018.

Ferreira, Iara Flor Richwin. “O Paradigma da Redução de Danos na Clínica com Usuários de Drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico”. *Boletim de Análise Político-Institucional n 18*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, 71-79.

Freire, Aluizio. “Epidemia de crack está fora de controle, adverte especialista”, *G1*, 8 de junho de 2010. Acessado February 15, 2021, <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2010/06/epidemia-de-crack-esta-fora-de-controle-adverte-especialista.html>.

Gomes-Medeiros, Débora, Pedro Henrique de Faria, Gastão Wagner de Sousa Campos e Luís Fernando Tófoli, “Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários”, *Cadernos de Saúde Pública*, 35, nº.7, julho 2019, 2.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017.

Machado, Ana Regina. “Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas”. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público, Ministério Público do Trabalho, Conselho Federal de Psicologia. *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional*. 2ª ed. Brasília: 2020.

Medicina Intensiva. “Campanha da Sobrati contra as Drogas”. Acessado February 15, 2021, <http://www.medicinaintensiva.com.br/crack-epidemia.htm>.

Ministério da Justiça e Segurança Pública. “Conheça o Programa Crack, é possível vencer”, *Agência MJ de Notícias*. Acessado em 15 de fevereiro de 2021, <https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer#:~:text=Lan%C3%A7ado%20em%20dezembro%20de%202011,o%20crack%20e%20outras%20drogas.&text=O%20programa%20conta%20com%20a%C3%A7%C3%B5es,da%20Secretaria%20de%20Direitos%20Humanos>.

Organização das Nações Unidas. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. ONU, 2007.

Ramôa, Marise, Mirna Barros Teixeira e Pilar Belmonte. “As Comunidades Terapêuticas no Cenário das Políticas Públicas: o retorno a práticas institucionalizantes”. *Revista Platô: Drogas e Políticas*, vol. 3, no 3. Plataforma Brasileira de Política de Drogas e Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (2019), 35-65.

Salatiel, José Renato. “Epidemia de crack - A polêmica da internação à força de usuários”, *UOL*, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <https://vestibular.uol.com.br/resumo-das-disciplinas/atualidades/epidemia-de-crack-a-polemica-da-internacao-a-forca-de-usuarios.htm>.

Santos, Maria Paula Gomes dos, org. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

Talento, Biaggio e Tássia Correia. “Crack vira Epidemia na Bahia e autoridades reagem”, *A Tarde*, 30 de janeiro de 2010, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <https://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/noticias/1254324-crack-vira-epidemia-na-bahia-e-autoridades-reagem>.

UOL. “Jornal Washington Post diz que Brasil vive epidemia do Crack”, 27 de dezembro de 2012, acessado em 15 de fevereiro de 2021, <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2012/12/27/washington-post-diz-que-brasil-vive-epidemia-de-crack.htm>.

O FINANCIAMENTO PÚBLICO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: GASTOS FEDERAIS ENTRE 2010 E 2019

Renata Weber

Brasil, Tesouro Nacional. *Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil*. Brasília: Tesouro Nacional, 2015. https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:28265.

Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília: CFP, 2018.

Cruz, Nelson, Renata Gonçalves e Pedro G. Delgado Cruz. “Retrocessos da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019”. *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 19, no. 1 (2021): e00285117. DOI:10.1590/1981-7746-sol00285.

Denadai, Mirian Cátia Vieira Basílio. “O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?”. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Dixon, Anna, David McDaid, Martin Knapp e Clare Curran. “Financing mental health services in low and middle income countries”. *Health Policy Plan* (2006): 21(3):171-82. DOI:10.1093/heapol/czl004.

Freire, Flávia Helena Miranda de Araújo. “Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na rede de atenção psicossocial na relação do cuidado à loucura”. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, 2012.

Gonçalves, Renata Weber, Fabíola Sulpino Vieira e Pedro G. Delgado. “Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009”. *Revista Saúde Pública* (2012): 46(1):51-8, <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017. https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf.

Jacob, K.S. et al. “Mental health systems in countries: where are we now?”. *Lancet* (2007): 370(9592):1061-77. DOI:10.1016/S0140- 6736(07)61241-0.

Knapp, Martin, David McDaid, Silvia M. A. A. Evers, Luis Salvador-Carulla e Vidar Halsteinli. *Cost-effectiveness and mental health*. London: London School of Economics and Political Science, 2008.

McDaid, David, Martin Knapp e Clare Curran. *Policy Brief Mental Health III – Funding mental health in European observatory on health systems and policies*. Copenhagen: World Health Organization, 2005.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. “Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial”. *Relatório de Gestão 2011-2015*. Brasília: DAPES, 2016.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção À Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS, 2005.

Oliveira, Edneia. “Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica”. Tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo, 2017.

Organização Mundial da Saúde. “Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001”. *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. OMS, 2001.

Simões, Tatiana. “Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. Saúde em Debate”. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*, vol. 41, no. 114. Rio de Janeiro (julho-setembro 2017), ISSN 0103-1104.

A FISCALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL E SUAS IMPLICAÇÕES PRÁTICAS: O CASO DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE BRASILEIRO

Jardel Fischer Loeck

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. “Biblioteca de temas serviços de interesse para a saúde”. Acessado em 12 de janeiro de 2021. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/legislacao/bibliotecas-tematicas/arquivos/servicos-de-interesse>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. “Relatório Anual – Denúncias em Serviços e Interesse para a Saúde nº 7”. 2019. Acessado em 12 de janeiro de 2021. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/345json-file-1>.

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, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

Bierschenk, Thomas, e Jean-Pierre Olivier de Sardan. “How to study bureaucracies ethnographically?”. *Critique of Anthropology* 39, no. 2 (2019): 243-257. <https://doi.org/10.1177%2F0308275X19842918>.

Bourdieu, Pierre. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

Brasil. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 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.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 207, de 3 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS.

Brasil. Ministério da Saúde. “A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas”. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cavalcante, Lara Dias, Maria Eduarda Debiazzi Bombardelli e Rogério José de Almeida. “Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química”. *Vigilância Sanitária em Debate* 4, no. 2 (2016): 44-50. doi: 10.3395/2317-269x.00587.

Cruz, Nelson Falcão de Oliveira, Renata Weber Gonçalves e Pedro Gabriel Godinho Delgado. “Retrocessos da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019”. *Trabalho, Educação e Saúde* 18, no. 3 (2020): 1-20. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

Costa, Ediná Alves e Suely Rozenfeld. “Constituição da vigilância sanitária no Brasil”. In *Fundamentos da Vigilância Sanitária*, ed. Suely Rozenfeld, 15-40. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

De Seta, Marismary Horsth, Vera Lúcia Edais Pepe e Gisele O’Dwyer de Oliveira, ed. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

Fassin, Didier, ed. *At the Heart of the State: The Moral World of Institutions*. London: Pluto Press, 2015. FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas), acessado em 13 de fevereiro de 2021, <https://febract.org.br/>.

Flick, Uwe. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Fonseca, Emilio Prado. "Novos Rumos Para a Pesquisa Em Vigilância Sanitária No Brasil". *Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa Em Debate* 1, no. 2 (2013): 22-26. <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/27>.

Fundação Oswaldo Cruz. "Vigilância em Saúde". *Pense SUS*. Acessado em 16 de fevereiro de 2021. <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017. https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf.

Lipsky, Michael. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

Loeck, Jardel Fischer. "Comunidades Terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico". In *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos, 77-100. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

Mallart, Fabio, Marina Mattar, Taniele Rui e Vera Telles. "Fazer sumir: políticas de combate à Cracolândia". *Le Monde Diplomatique Brasil*, 11 de julho, 2017. <https://diplomatique.org.br/fazer-sumir-politicas-de-combate-a-cracolandia/>.

Mendes de Miranda, Ana Paula. "Antropologia, Estado Moderno e Poder: perspectivas e desafios de um campo em construção". *Avá. Revista de Antropologia* no. 7 (2005): 1-27. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169021460008>.

Poupart, Jean, Jean-Pierre Deslauriers, Lionel-H. Groulx, Anne Laperrière, Robert Mayer e Álvaro P. Pires. *A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2012.

Silva, José Agenor Alvares da, Ediná Alves Costa e Geraldo Lucchese. "SUS 30 anos: Vigilância Sanitária". *Ciência & Saúde Coletiva* 23, no. 6 (junho 2018): 1953-1962. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>.

Sousa, Fernando Sérgio Pereira de e Maria Salete Bessa Jorge. "O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental". *Trabalho, Educação e Saúde* 17, no. 1 (2019): 1-19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>.

Wedel, Janine R., Chris Shore, Gregory Feldman e Stacy Lathrop. "Toward an Anthropology of Public Policy". *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 600, no. 1 (2005): 30-51. <https://doi.org/10.1177%2F0002716205276734>.

FISCALIZAÇÃO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Carolina Gomes Duarte e Mathias Vaiano Glens

Agência Câmara de Notícias. “Debatedores criticam internação de adolescentes em comunidades terapêuticas”, 15 de dezembro de 2020. <https://www.camara.leg.br/noticias/716171-DEBATEDORES-CRITICAM-INTERNACAO-DE-ADOLESCENTES-EM-COMUNIDADES-TERAPEUTICAS>.

Audi, Amanda. “Pastores fingem ser PMs para internar usuários de drogas à força em Brasília”, *The Intercept Brasil*, 5 agosto de 2020. Acessado em 10 de outubro de 2020. <https://theintercept.com/2020/08/05/pastores-fingem-ser-pm-brasilia-batalhao-patrolha-paz/>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Nota Técnica CSIPS/GGTES/ANVISA nº 02/2020. Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas conhecidas como Comunidades Terapêuticas Acolhedoras - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.

Bentes, Ana Lúcia Seabra. “Tudo como d'antes no quartel de Abrantes: um estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial”. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Brasil. Constituição Federal de 1988.

Brasil. Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios, prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências.

Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 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.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2001. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Britto, Renata Corrêa. "A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental". Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

Carvalho, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 21ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

Castrillón, María del Carmen. "Entre 'teoterapias' y 'laicoterapias': comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales". *Psicología e Sociedade*, vol. 20, no. 1, (2008) 80-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000100009>.

Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.

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

Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília: CFP, 2018.

Costa, Andrew Aurélio Pinto de Almeida. "O discurso hegemônico de combate ao crack na internet e a política de internação compulsória no Brasil". Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense, 2017.

Estado de São Paulo. Lei Complementar estadual nº 988, de 09 de janeiro de 2006. Organiza a Defensoria Pública do Estado de São Paulo e institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado.

Fernandes, Luís e Maria Carmo Carvalho. "Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do snowball". *Revista Toxicodependências*, 2000; 6:17-28. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14532/2/83651.pdf>.

Fiore, Maurício. "Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de "drogas". XXVIII *Reunião Anual da ANPOCS*, 2004. <https://neip.info/texto/tensoes-entre-o-biologico-e-o-social-nas-controversias-medicas-sobre-uso-de-drogas/>.

Kinker, Fernando Sfair. "Enfrentamentos e construção de projetos de trabalho para a superação da laborterapia. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, vol. 22, no. 1, 49-61, 2014, <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.006>.

Lima, Mauro Aranha de. "Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação". In *Ética e Psiquiatria*, 2ª ed. São Paulo: CREMESP, 2007.

Lopes, Helenice Pereira e Aline Moreira Gonçalves. "A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade". *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13, no. 1, (janeiro-abril 2018): 1-15. <file:///C:/Users/WX10/Downloads/2858-9621-1-SM.pdf>.

Martins, Laércio Melo. "Corpos, instituições e necropolítica: reflexões contemporâneas sobre a internação involuntária da pessoa com deficiência mental e as Comunidades Terapêuticas". *Revista Teoria Jurídica Contemporânea*, vol.5, no. 1 (janeiro-junho 2020). <https://doi.org/10.21875/tjc.v5i1.27984>.

Pinel, Philippe. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre: Universidade UFRGS, 2007.

Reis, Gustavo Augusto Soares dos. "Educação em Direitos e Defensoria Pública: Reflexões a partir da Lei Complementar nº 132/09". *Revista da Defensoria Pública*, ano 4, no. 2, (julho-dezembro 2011). [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/20/publicacoes/RevistaDefensoria\(2\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/20/publicacoes/RevistaDefensoria(2).pdf)

Romagnoli, Roberta Carvalho e Simone Mainieri Paulon. *Escritas Implicadas, pesquisadores implicantes: notas sobre os destinos da subjetividade nos desatinos da produção científica*. In *Psicologia em Pesquisa: cenários de práticas e criações*, ed. Magda Dimenstein e Jäder Ferreira Leite. Natal: EDUFRN, 2014.

Santos, Maria Paula Gomes dos, org. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas. *Comunidade terapêutica: manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo*, 2020. MANUAL-CTS-1.8-EBOOK.pdf.justica.sp.gov.br.

Schmidt, Maria Luiza Gava Schmidt. "Laborterapia na promoção da saúde no trabalho sob a perspectiva da socionomia". *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* (dezembro 2016) 5(2):193-197.

Scisleski, Andrea Cristina Coelho e Cleci Maraschin. "Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas". *Psicologia em Estudo*, Maringá, vol. 13, no. 3, (julho-setembro 2008): 457-465. doi: 10.1590/S1413-73722008000300006.

Scisleski, Andrea Cristina Coelho, Cleci Maraschin e Rosane Neves da Silva. "Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica". *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2, (2008): 342-352. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200013>.

Silva, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo: Malheiros, 2000.

Organização das Nações Unidas - ONU. "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental". https://www.camara.leg.br/Internet/comissao/index/perm/cdh/Tratados_e_Convencoes/Deficientes/d_eclaracao_direitos_transtorno_mental.htm.

Xavier, Dartiu. "A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento". *Caros Amigos*, 11 de janeiro de 2013. <http://www.carosamigos.com.br/index/index.php/politica/2888-entrevista-dartiu-xavier-a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento>.

"ESTAMOS COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS!": CONSENSOS E DISSENSOS NA ARTICULAÇÃO POLÍTICA DOS REPRESENTANTES DE CTS NO BRASIL

Priscila Farfan Barroso

Almeida, Renata Barreto et al. "O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack". *Interface (Botucatu)*, vol. 22, no. 66. Botucatu: 2018, 745-756.

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, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

Bolonheis-Ramos, Renata Cristina Marques, e Maria Lúcia Boarini. "Comunidades terapêuticas: 'novas oportunidades' e propostas higienistas". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 22, no. 4. Rio de Janeiro: 2005, 1231-1248.

Bourdieu, Pierre. "O campo político". *Revista Brasileira de Ciência Política* no. 5 (julho 2011), 193-216.

Bourdieu, Pierre, e Loïc Wacquant. *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago/Cambridge: University of Chicago Press, 1992.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece o Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 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.

Brasil. Ministério da Cidadania. Portaria nº 340, de 30 de março de 2020. Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas.

Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Nota Técnica nº 64/2020. Referente ao uso da Ibogaína no tratamento de Dependência Química no Brasil.

Brasil. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 18 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

Comeford, John Cunha, e Marco Otavio Bezerra. "Etnografias da política: uma apresentação da Coleção Antropologia da Política" *Anál. Social*, Lisboa, no. 207 (abril 2013), 465-489.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo: Mapeamento das violações de direitos humanos*. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016.

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

Del Prette, Almir. A. P. e Zilda Del Prette. *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes, 2001.

De Leon, George. *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2014.

DiMaggio, Paul, e Walter Powell. "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". *American Sociological Review*, vol. 48 (1983), 147-160.

Doudement, Marcello, e Vinnie Nasser Mesquita da Conceição. "Frente Parlamentar em defesa das Comunidades Terapêuticas". In *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

Fligstein, Neil, e Doug McAdam. *A theory of fields*. New York: Oxford University Press, 2012.

Giumbelli, Emerson. "A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil". *Relig. soc.*, vol. 28, no. 2. Rio de Janeiro: 2008.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017.

Macrae, Edward, Luiz Alberto Tavares e Maria Eugênia Nuñez, ed., *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso*. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2013. Acessado em 12 de fevereiro de 2021. <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16089>.

Machado, Ana. "Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas". Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

Melo, Rosa Virgínia. "Crack: doença e família na lógica da ajuda mútua". In *Crack e exclusão social*, org.

Jessé Souza. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

Miller, Daniel, e Heather A. Horst. "O Digital e o Humano: prospecto para uma Antropologia Digital". *Parágrafo*, vol. 2, no. 3. (2015), 91-111.

Parreiras, Carolina. "'Não leve o virtual tão a sério'? – uma breve reflexão sobre métodos e convenções na realização de uma etnografia do e no on-line". In *Etnografia, etnografias: ensaios sobre a diversidade do fazer etnográfico antropológico*, orgs. Daniela Moren Feriani, Flávia Melo da Cunha e Iracema Dulley. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2011.

Pires, Roberto Rocha Coelho. "Um campo organizacional de Comunidades Terapêuticas no Brasil? Dos processos de convergência e suas implicações às clivagens emergentes". In *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

Ribeiro, Fernanda Mendes Lages, e Maria Cecília de Souza Minayo. "As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil". *Interface (Botucatu)*, vol. 19, no. 54. Botucatu: 2015, 515-526.

Sabino, Nathali Di Martino, e Sílvia de Oliveira Santos Cazenave. "Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas". *Estud. psicol. (Campinas)*, vol. 22, no. 2. Campinas: 2005, 167-174.

Sanchez, Zila van der Meer e Solange Aparecida Nappo. “Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas”. *Rev Saúde Pública*, vol. 42, no. 2. São Paulo: 2008, 265-272.

Segata, Jean. “Dos Cibernautas às Redes”. In *Políticas etnográficas no campo da cibercultura*, ed. Jean Segata e Theophilos Rifiotis. Brasília: ABA Publicações, 2016; Joinville: Letradágua, 2016, 91-114.

Souza Lima, Antonio Carlos. “O estudo antropológico das ações governamentais como parte dos processos de formação estatal” *Revista de Antropologia - USP*, vol. 55, no. 2. São Paulo: 2012.

INTERFACES ENTRE RELIGIÃO, USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS, MORALIDADES E GÊNERO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Janine Targino

Bozon, Michel. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

Campos, Leonildo Silveira. “‘Evangélicos de missão’ em declínio no Brasil”. In *Religiões em movimento: o censo de 2010*, org. Faustino Teixeira e Renata Menezes, 311-327. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2013.

Camurça, Marcelo, org., *Novas Comunidades Católicas: em busca do espaço pós-moderno*. Aparecida: Ideias & Letras, 2009.

Csordas, Thomas. *Corpo significado cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.

Del Priore, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. São Paulo: Unesp, 2009.

Fernandes, Camila. “Figuras da causação: sexualidade feminina, reprodução e acusações no discurso popular e nas políticas de Estado”. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017. https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5425227.

Geertz, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2019.

Goffman, Erving. *Estigma*. Rio de Janeiro: LTC, 2019.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf.

Leite, Kelma Lima Cardoso. “Implicações da moral religiosa e dos pressupostos científicos na construção das representações do corpo e da sexualidade femininos no Brasil”. *Cadernos Pagu*, no. 49 (2017): 1-28. <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n49/1809-4449-cpa-18094449201700490022.pdf>.

Lopes, Natânia. “‘Prostituição Sagrada’ e a Prostituta como Objeto Preferencial de Conversão dos ‘Crentes’”. *Religião e Sociedade* 37, no. 1 (2017): 34-46. <https://www.scielo.br/pdf/rs/v37n1/0100-8587-rs-37-1-00034.pdf>.

Machado, Carly Barboza. “Pentecostalismo e o Sofrimento do (Ex-)Bandido: testemunhos, mediações, modos de subjetivação e projetos de cidadania nas periferias”. *Horizontes Antropológicos*, no. 42 (2014): 153-80. <https://www.scielo.br/pdf/ha/v20n42/07.pdf>.

Mafra, Clara Jost. *Na Posse da Palavra: religião, conversão e liberdade pessoal em dois contextos nacionais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.

Mendonça, Antônio Gouvêa. “Evangélicos e pentecostais: um campo religioso em ebulição”. In *As religiões no Brasil*, org. Faustino Teixeira e Renata Menezes, 89-110. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

Ribeiro, Fernanda Mendes Lages e Maria Cecília de Souza Minayo. “As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil”. *Interface* 19, no. 54 (2015): 515-26. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300515.

Sanchez, Zila van der Meer. “As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas”. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006. <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/21281/2006%20SANCHEZ%2c%20ZILA%20VAN%20DER%20MEER%20Doutorado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Targino, Janine. “Religião contra as ‘drogas’: estudos de caso em duas comunidades terapêuticas religiosas para dependentes químicos no Rio de Janeiro”. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Teixeira, Cesar Pinheiro. “De Corações de Pedra a Coração de Carne: algumas considerações sobre a conversão de bandidos a igrejas evangélicas pentecostais”. *Dados* 54, no. 3 (2011): 449-78. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582011000300007.

Teixeira, Cesar Pinheiro. “O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico”. *Religião e Sociedade* 36, no. 2 (2016): 107-34. <https://www.scielo.br/pdf/rs/v36n2/0100-8587-rs-36-2-00107.pdf>.

Villar, Nayara e Maria Paula Santos. “Sexualidade e relações de gênero nas comunidades terapêuticas: notas a partir de dados empíricos”. In *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Santos, 101-19. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190103_comunidades_terapeuticas.pdf.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: UM ESTUDO SOBRE ACESSO E BARREIRA A CUIDADOS EM SAÚDE

Leandro Dominguez Barretto e Emerson Elias Merhy

Alves, Paulo César B. e Lara Maria A. Souza. “Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico”. In *Experiência de doença e narrativa*, ed. Míriam Cristina M. Rabelo, Paulo César B. Alves e Lara Maria A. Souza. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

Bahia. Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. Resolução CEPAD nº 003, de 12 de dezembro de 2018.

Baremblytt, Gregório F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

Bolonheis-Ramos, Renata Cristina Marques, e Maria Lucia Boarini. “Comunidades Terapêuticas: ‘Novas’ Perspectivas e Propostas Higienistas”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 22, no. 4 (2015): 1231–48. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>.

Bondía, Jorge Larrosa. “Notas sobre a experiência e o saber de experiência”. *Revista Brasileira de Educação* 1, no. 19 (2002): 1–15.

Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Cavalcante, Lara Dias, Maria Eduarda Debiazzi Bombardelli e Rogério José de Almeida. “Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química”. *Vigilância Sanitária em Debate* 4, nº 2 (2016): 44–50. <https://doi.org/10.3395/2317-269x.00587>.

Carvalho, Bruno e Magda Dimenstein. “Análise Do Discurso Sobre Redução de Danos Num CAPSad III e Em Uma Comunidade Terapêutica”. *Temas Em Psicologia* 25 (2): 656. <https://doi.org/10.9788/TP2017.2-13>.

Carvalho, Luís Claudio, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Emerson Elias Merhy. “Disputas en Torno a los Planes de Cuidado en la Internación Domiciliaria: Una Reflexión Necesaria”. *Salud Colectiva* 3 (3) (2007): 259-269. <https://doi.org/10.18294/sc.2007.146>.

Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira, e Norma Fumie Matsumoto. “Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde”. In *Gestão em Redes: Tecendo Fios de Integralidade em Saúde*. Editado por Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araujo de Mattos. Rio de Janeiro: EDUCS – CEPESC – IMS/UERJ, 2006.

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

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

De Leon, George. *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2014).
Deleuze, Gilles. *Espinosa: Filosofia Prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

Feuerwerker, Laura Camargo Macruz. “Cuidar em saúde”. In *Avaliação compartilhada do Cuidado em saúde surpreendendo o instituído nas redes*, vol. 2, ed. Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi e Emerson Elias Merhy. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

Gomes, Maria Paula Cerqueira e Emerson Elias Merhy. *Pesquisadores IN-MUNDO: Um Estudo Da Produção Do Acesso e Barreira Em Saúde Mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017.

Loeck, Jardel Fischer. “Comunidades Terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: Entre o religioso-espiritual e o técnico-científico”. In *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

Mendonça, Paulo Eduardo Xavier de. “SEM SOBERANIA: Gestão Solidária e Força Fraca Para Cuidar de Vidas”. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Melo, Mariane Capellato e Clarissa Mendonça Corradi-Webster. “Análise Do Funcionamento de Comunidade Terapêutica Para Usuários de Drogas”. *Athenea Digital* 16 (3) 2016: 379–99. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2012>.

Merhy, Emerson Elias. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. In *Agir Em Saúde: um desafio para o público*, ed. Emerson Elias Merhy e Rosana Onocko. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

Merhy, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Merhy, Emerson Elias. “Fórum Social Mundial e a Saúde: Por Uma Ética Global Da Vida”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 6, nº 11 (2002): 133–36. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832002000200016>.

Merhy, Emerson Elias. “Anormais do Desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua”. In *Drogas e Cidadania: em debate*. Brasília: CFP, 2012.

Merhy, Emerson Elias, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Maria Paula Cerqueira Gomes. “Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. In *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*, ed. Túlio Batista Franco e Valéria do Carmo Ramos. São Paulo: Hucitec, 2010.

Merhy, Emerson Elias, Laura M. C. Feuerwerker e Erminia Silva. “Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental”. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 8 nº 1 (enero-abril 2012): 25–34.

Merhy, Emerson Elias, Maria Paula C. Gomes, Erminia Silva, Maria de Fátima Lima Santos, Kathleen Thereza da Cruz e Tulio Batista Franco. “Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. In *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*, vol. 1, ed. Emerson Elias Merhy, Rossana Staevie Baduy, Clarissa Terenzi Seixas, Daniel Emílio da Silva Almeida e Helvo Slomp Júnior. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

Minayo, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Moebus, Ricardo Luiz Narciso. *O Trágico Na Produção Do Cuidado: Uma Estética Da Saúde Mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

Natalino, Marco Antônio Carvalho. “Isolamento, Disciplina e Destino Social Em Comunidades Terapêuticas”. In *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

Oliveira, João André Santos, Leandro Dominguez Barretto, Rafaela Cordeiro Freire, Grace Fátima Souza Rosa, Fátima Lima, Lua Sá Dultra e Iago Sampaio Santos. “Desencontros entre a vista do ponto dos usuários e as formas de cuidar em saúde: reflexões sobre a produção do cuidado em uma região da cidade de Salvador-BA”. In *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*, vol. 1, ed. Emerson Elias Merhy, Rossana Staeve Baduy, Clarissa Terenzi Seixas, Daniel Emílio da Silva Almeida e Helvo Slomp Júnior. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

Pacheco, Alice Leonardi e Andrea Scisleski. “Vivências em uma comunidade terapêutica”. *Revista Psicologia e Saúde*, no. 2002 (2013): 165–73.

Levy, Clarissa. “Adolescentes denunciam tortura e mostram marcas de violência em comunidade terapêutica evangélica”. *Pública*, 30 de outubro de 2020, acessado em 20 de novembro de 2020. https://apublica.org/2020/10/adolescentes-denunciam-tortura-e-mostram-marcas-de-violencia-em-comunidade-terapeutica-evangelica/?mc_cid=50f17a2991&mc_eid=60e0cddd8d.

Raupp, Luciane M. e Clary Milnitisky-Sapiro. “A ‘reeducação’ de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24, no. 3 (2008): 361–68. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722008000300013>.

Ribeiro, Fernanda Mendes Lages e Maria Cecília de Souza Minayo. “As Comunidades Terapêuticas Religiosas Na Recuperação de Dependentes de Drogas: O Caso de Manguinhos, RJ, Brasil”. *Interface: Communication, Health, Education* 19 (54): (2015) 515–26. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>.

Rolnik, Suely. *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo*. Porto Alegre: Sulina/ UFRGS, 2007.

Rui, Taniele. “A inconstância do tratamento: No interior de uma comunidade terapêutica”. *DILEMAS: Revista de Estudos de Controle e Conflito Social*, 3(8), (2010), 67-68.

Sánchez Vázquez, Adolfo. *Ética*. 37ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

Santos, Maria Paula Gomes dos. “Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil”. In *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*, org. Maria Paula Gomes dos Santos. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

Seixas, Clarissa Terenzi, Rossana Staeve Baduy, Maira Sayuri, Sakay Bortoletto, Helvo Slomp Junior, e Emerson Elias Merhy. “O vínculo como potência para a produção do cuidado”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 23, no. e170627 (2019): 1–14.

Silva, Leila Gracieli da, Luís Fernando Tófoli e Paulo Renato Vitória Calheiros. "Tratamentos ofertados em Comunidades Terapêuticas: Desvelando práticas na Amazônia Ocidental". *Estudos de Psicologia* 23, no. 3 (2018): 325–33. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180031>.

Silva Jr, Aluisio Gomes da, Emerson Elias Merhy e Luis Claudio de Carvalho. "Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde". *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, org. Roseni Pinheiro e Ruben Mattos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2003).

Slomp Junior, Helvo, Emerson Elias Merhy, Monica Rocha, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Rossana Staevie Baduy, Clarissa Terenzi Seixas e Kathleen Tereza da Cruz. "Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa". *Athenea Digital* 20, no.3 (2020): 1–21.

Teixeira, Cesar Pinheiro. "O testemunho e a produção de valor moral: observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico". *Religião & Sociedade*, 36(2), 111. <https://doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap06>.

Von Flach, Patrícia Maia. *Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça das Duas Mãos – Salvador-Bahia*. Tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

PRESOS DO LADO DE FORA: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO ZONAS DE EXÍLIO URBANO

Carly Machado

Agamben, Giorgio. "Política del exilio". *Revista de Estudios Sociales*, no. 8 (2001): 119-124. <https://doi.org/10.7440/res8.2001.13>.

Agier, Michel. "Refugiados diante da nova ordem mundial". *Tempo soc.* 18, no. 2 (2006): 197-215 <https://doi.org/10.1590/S0103-20702006000200010>.

Birman, Patrícia e Carly Machado. "A violência dos justos: evangélicos, mídia e periferias da metrópole". *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 27, no. 80, (outubro 2002), 55-69. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092012000300004>.

Böss, Michel. "Theorizing exile". In *Re-Mapping Exile Realities and Metaphors in Irish Literature and History*, ed. Michel Böss; Irene Gilsenan Nordin; Britta Olinder, 15-46. Denmark: Aarhus University Press, 2006.

Carriconde, Raquel. "Refugiados urbanos em trânsito permanente: efeitos menos visíveis da produção de uma cidade olímpica". In *Hist.Soc.* 39 (julio - diciembre de 2020): 82-104. <http://dx.doi.org/10.15446/hys.n39.82883>.

Côrtes, Mariana. *Diabo e Fluoxetina: Pentecostalismo e Psiquiatria na Gestão da Diferença*. Curitiba: Appris, 2017.

Dullo, Eduardo. "Testemunho: cristão e secular". *Religião & Sociedade* 36, no. 2 (2016): 85-106.

Fernandes, Adriana. “Quando os vulneráveis entram em cena: Estado, vínculos e precariedade em abrigos”. In *Os limites da acumulação, movimentos e resistência nos territórios*, ed. Joana Barros, André Costa e Cibele Rizek, 85-100. São Carlos: IAU/USP, 2018.

Fiore, Mauricio. *Substâncias, sujeitos, eventos: uma autoetnografia sobre uso de drogas*. Rio de Janeiro: Telha, 2020.

Foucault, Michel. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France, 1977-1978*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Godoi, Rafael. *Fluxos em cadeia: as prisões em São Paulo na virada dos tempos*. São Paulo: Boitempo, 2017.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA, 2017.

Jensen, Silvina. “Sobre La política del destierro y el exilio en América Latina de Mario Sznadger y Luis Roniger Hacia un enfoque sociopolítico, macrohistórico y teórico-analítico del problema”. *Historia, Voces y Memoria* /8 (2015): 13-20. <https://doi.org/10.34096/hvm.n8.1660>.

Machado, Carly. “Pentecostalismo e o sofrimento do (ex-)bandido: testemunhos, mediações, modos de subjetivação e projetos de cidadania nas periferias”. *Horizontes Antropológicos* 20, no. 42 (julho-dezembro 2014): 153-180, <https://doi.org/10.1590/S0104-71832014000200007>.

Mallart, Fábio e Taniele Rui. “Cadeia ping-pong: entre o dentro e o fora das muralhas”. *Ponto Urbe [Online]*, no. 21 (2017): 1-16. <https://doi.org/10.4000/pontourbe.3620>

Molendijk, Arie, Justin Beaumont e Christoph Jedan. *Exploring the postsecular: the religious, the political and the urban*. Boston: Brill, 2010.

Oosterbaan, Martijn e Carly Machado. “Postsecular Pacification: Pentecostalism and Military Urbanism in Rio de Janeiro”. In *Cultures, Citizenship, and Human Rights*, ed. Rosemarie Buikema, Antoine Buyse e Antonius C.G.M. Robben, 104-120. London: Routledge, 2020.

Rui, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

Said, Edward. “Reflexões sobre o exílio”. In *Reflexões sobre o exílio e outros ensaios*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

Santos, Enrique Coraza e Maria Soledad Lastra, ed. *Miradas a las migraciones, las fronteras y los exilios*. Buenos Aires: CLACSO, 2020.

Santos, Maria Paula Gomes, org. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

Schelig, Eva. *E me visitastes quando estive preso: estudo antropológico sobre a conversão religiosa em unidades penais de segurança máxima*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

Souza, Jessé. *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e da Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

Sznajder, Mario e Luis Roniger. *The Politics of Exile in Latin America*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo: Cambridge University Press, 2009.

Teixeira, Cesar Pinheiro e Beatriz Brandão. "Sobre as Formas Sociais da Mudança Individual: o testemunho em centros de recuperação pentecostais". *Revista ANTHROPOLÓGICAS* 23, 30(1) (2019): 136-157.

Vital da Cunha, Christina. *Oração de traficante: uma etnografia*. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.