

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES

GIOVANNA DE OLIVEIRA FIGUEREDO

PRISÃO OU RECOMEÇO?

As vidas nas comunidades terapêuticas brasileiras

São Paulo

2024

GIOVANNA DE OLIVEIRA FIGUEREDO

PRISÃO OU RECOMEÇO?

As vidas nas comunidades terapêuticas brasileiras

Trabalho de conclusão de curso de
graduação em Comunicação Social, com
Habilitação em Jornalismo, apresentado ao
Departamento de Jornalismo e Editoração.

Orientação: Prof. Alexandre Barbosa

São Paulo

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo
Dados inseridos pelo(a) autor(a)

Figueredo, Giovanna de Oliveira
Prisão ou recomeço?: As vidas nas comunidades
terapêuticas brasileiras / Giovanna de Oliveira
Figueredo; orientador, Alexandre Barbosa. - São Paulo,
2024.
44 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Departamento de Jornalismo e Editoração / Escola de
Comunicações e Artes / Universidade de São Paulo.
Bibliografia

1. Livro-reportagem de histórias de pessoas acolhidas
em comunidades terapêuticas. I. Barbosa, Alexandre. II.
Título.

CDD 21.ed. - 070

Elaborado por Alessandra Vieira Canholi Maldonado - CRB-8/6194

Nome: Figueredo, Giovanna de Oliveira

Título: Prisão ou recomeço? As vidas nas comunidades terapêuticas brasileiras

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca:

Nome: _____

Instituição: _____

Nome: _____

Instituição: _____

Nome: _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Se não fossem pelas dezenas de pessoas que cruzaram — e impactaram — a minha história antes e durante a estadia na Universidade de São Paulo, é bem improvável que teria chegado até o ponto final da produção de um livro e de toda uma graduação.

Agradeço à minha família, a base de tudo. Isso pode parecer figurinha repetida, mas sinto que, sem eles, nunca teria tido a coragem de concorrer com milhares de gênios do país por uma vaga na universidade pública.

À minha avó, Lena, por ser o meu porto seguro e me ensinar constantemente o que é um amor sincero. Sem ela, eu não sou nada. Ao meu avô, Dito, por desde cedo repetir incansavelmente: “você tem que estudar, isso vai mudar sua vida”. Foi ele quem sempre plantou a semente de que a educação poderia abrir portas para o futuro.

À minha tia-irmã, Flávia, por servir de inspiração desde que éramos pequenas. Obrigada por tudo que você sempre me ensinou, por ser amiga e minha companhia para qualquer ocasião.

À minha mãe, Camila. Toda essa graduação deveria estar em seu nome também. É uma honra ser filha de uma mulher forte como você. Obrigada por me apoiar incondicionalmente, me acompanhar em cada etapa e sempre ter paciência para ouvir sobre desabafos de faculdade, trabalho e da vida. Você é tudo para mim.

Um agradecimento especial ao meu padrasto, Cícero. Foi em uma conversa com ele que me despertou o interesse pelo tema desse livro-reportagem. Obrigada por ser amigo e pelo amor de pai.

Agradeço também à minha melhor amiga, Julia, por estar comigo em todo e qualquer cenário. Ela que esteve comigo desde os primeiros dias de ensino médio e eu espero levar para a minha vida toda.

Amor absoluto ao meu namorado, Vitor, que me ajudou em todos os passos desse livro e me ouviu falando por horas sobre cada nova descoberta sobre o assunto. Obrigada por me acompanhar — e me aguentar — em todos os momentos.

Aos meus tios, Aline e Simon, por sempre confiarem em mim. À pessoa favorita da minha vida, Clara, que sequer tem idade para ler este livro, mas me ensina todos os dias o significado de amor genuíno, sincero, doce e deixa os dias muito mais leves.

A todos os meus amigos de faculdade, do trabalho e da vida, com menção especial ao Sanchez, Henrique, Patrick, Duda, Fernanda, Guilherme, Helô e muitos outros. Amo todos vocês.

Ao meu orientador, professor Alexandre, que me tranquilizou durante todo o processo, dispôs de toda a atenção do mundo para esse projeto — inclusive em dias e horários em que estava passando tempo com a família — e me impediu de desistir quando tudo parecia estar perdido.

Por fim, não poderia deixar de agradecer a cada uma das pessoas que compartilharam suas histórias e seus pontos de vista de forma tão generosa. Obrigada Jackeline, Sônia, Eduardo, Wellington, Luiz Fernando, Giuliano, Ítalo, Marcelo, Maria Célia, Cleide, Pablo, Evaldo e todas as outras fontes que reservaram tempo de suas vidas para a construção deste material.

“Ninguém pode servir a dois senhores; pois odiará um e amará o outro, ou se dedicará a um e desprezará o outro. Vocês não podem servir a Deus e ao Dinheiro”.

(Mateus 6:24)

RESUMO

FIGUEREDO, Giovanna. *Prisão ou recomeço? As vidas nas comunidades terapêuticas brasileiras*. São Paulo, 2024. 44 f. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Bacharel em Jornalismo).

Cerca de 3,3 milhões de brasileiros maiores de 12 anos sofrem com algum grau de dependência química de álcool e outras drogas. É isso que mostra o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira, estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2017. De acordo com a pesquisa, o método de tratamento mais utilizado no país para buscar a recuperação da doença é a internação em comunidade terapêutica. 61% das pessoas que já passaram por algum processo para se tratar relatam que recorreram a esse modelo. É comum encontrar famílias que tenham algum integrante passando por dificuldades com o vício e esteja internado em “fazendas”, visto que a maioria desses espaços são localizados em áreas rurais. Embora seja a estratégia mais usada contra o vício às drogas, poucas pessoas conhecem, de fato, o que são as comunidades terapêuticas. O serviço costuma ser confundido com hospitais psiquiátricos e clínicas médicas para a dependência. No entanto, esses espaços não possuem exigência de profissionais na saúde. As terapias são baseadas, principalmente, na espiritualidade, disciplina e no trabalho. Além disso, há um debate intenso sobre a efetividade deste método de tratamento, a legislação existente e casos de violação de direitos humanos. Propondo-se a apurar o que são e como funcionam as comunidades terapêuticas, o livro-reportagem *Prisão ou recomeço? As vidas nas comunidades terapêuticas brasileiras* apresenta a história de 6 brasileiros, moradores de diferentes estados, que tiveram experiências opostas no tratamento de dependência química nessas instituições. A partir dos relatos pessoais de cada um, a obra explica a história desse modelo, a relação com a religiosidade, as leis vigentes, o financiamento público e a dualidade entre ser um método de salvação da dependência química ou uma forma de violência e resgate aos antigos manicômios.

Palavras-chaves: Livro-reportagem; comunidades terapêuticas; dependência química; religiosidade.

ABSTRACT

Around 3,3 million brazilians over the age of 12 suffer from chemical dependence on alcohol and other drugs. This is shown in the Third National Survey on Drug Use by the Brazilian Population, a study conducted by the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) in 2017. According to the research, the most commonly used treatment method in the country to seek recovery from the disease is admission to therapeutic communities. 61% of people who have undergone some treatment process reported using this model. It is common to find families with members struggling with addiction and being treated in “farms,” as most of these facilities are located in rural areas. Although it is the most widely used strategy against drug addiction, few people actually understand what therapeutic communities are. The service is often confused with psychiatric hospitals and medical clinics for addiction. However, these facilities do not require healthcare professionals. Therapies are mainly based on spirituality, discipline, and work. Additionally, there is an intense debate about the effectiveness of this treatment method, existing legislation, and cases of human rights violations. Aiming to investigate what therapeutic communities are and how they operate, the reportage book "Prison or Restart? Lives in Brazilian Therapeutic Communities" presents the stories of six Brazilians from different states who had contrasting experiences in addiction treatment at these institutions. Through their personal accounts, the book explains the history of this model, its relationship with religiosity, existing laws, public funding, and the duality between being a salvation method for drug addiction or a form of violence and a return to the old asylums.

Keywords: Report book; therapeutic communities; drug addiction; religion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
3 HIPÓTESES.....	14
4 OBJETIVOS.....	15
4.1 Objetivo geral.....	15
4.2 Objetivos específicos.....	15
5 JUSTIFICATIVA.....	16
6 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
6.1 Dados sobre dependência química no Brasil e no mundo.....	18
6.2 O modelo de comunidade terapêutica.....	19
6.3 A relação entre religião e a ideia de cura de doenças.....	21
6.4 A produção de um livro-reportagem.....	22
7 METODOLOGIA.....	23
8 DESCRIÇÃO DO LIVRO-REPORTAGEM.....	24
8.1 Descrição dos capítulos.....	25
8.2 Descrição dos personagens.....	27
8.2.1 Jackeline Lopes.....	27
8.2.2 Eduardo Real.....	28
8.2.3 Sônia Santos.....	28
8.2.4 Wellington Barbosa.....	29
8.2.5 Giuliano Freitas.....	29
8.2.6 Luiz Fernando Ferreira.....	30
8.3 Descrição de fontes.....	30
8.3.1 Fontes oficiais.....	31
8.3.2 Fontes secundárias.....	31
8.3.3 Fontes especialistas.....	32
8.3.4 Fonte documental.....	32
8.4 Descrição dos custos.....	33
9 CRONOGRAMA.....	34
10 ACESSO AO MATERIAL.....	35
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

O autor Edvaldo Pereira Lima¹ define o livro-reportagem como o resultado de uma angústia de um jornalista que quer apurar um tema com profundidade, mas não consegue realizá-lo por meio do trabalho regular na imprensa cotidiana (LIMA, 1993).

Este é o caso da produção *Prisão ou recomeço? As vidas nas comunidades terapêuticas brasileiras*, livro-reportagem que retrata a recuperação da dependência química em comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil.

A dependência química é, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma doença sem cura², mas que pode ser tratada. O Relatório Mundial sobre Drogas³, publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) em 2023, mostra que 39,5 milhões de pessoas no mundo têm algum transtorno causado pelo uso excessivo de substâncias. O dado é de 2021 e, em relação a mesma estatística da década anterior, houve um crescimento de 45%. 1 a cada 5 pessoas está em tratamento, segundo o estudo.

No mesmo ano, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou mais de 400 mil atendimentos³ de saúde mental por transtornos relacionados às drogas e ao álcool. Estima-se que 3,3 milhões de brasileiros maiores de 12 anos têm algum grau de dependência em álcool e outras drogas, segundo a pesquisa III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira⁴, de 2017.

É possível refletir sobre quem são essas pessoas a partir do estudo Perfil sociodemográfico e de dependência química dos usuários de um Centro de Atenção

¹ LIMA, Edvaldo Pereira. **Páginas Ampliadas. O Livro-reportagem Como Extensão do Jornalismo e da Literatura**. 1. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1993. v. 1. 271p.

² NORMAND, Luna. **Dependência química é doença e tem tratamento**. Governo Federal. fev. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/dependencia-quimica-e-doenca-e-tem-tratamento>.

³ QUEIROZ, Laísa. **Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12% no SUS**. Ministério da Saúde. fev. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/atendimento-a-pessoas-com-transtornos-mentais-por-uso-de-alcool-e-drogas-aumenta-11-no-sus>.

⁴ BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro. et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>.

Psicossocial especializado⁵, de autoria de Gliciane Vasconcelos Santana, Joyce Lorena Santana Santos, José Marcos de Jesus Santos, Letícia de Jesus Alves, Andreia Freire de Menezes e Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas.

O estudo é focado no perfil de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, mas serve como norteador de quem sofre com a dependência química atualmente. Os resultados obtidos pelos pesquisadores mostram que a maioria dos usuários é do sexo masculino, estudou até o ensino fundamental, 43,5% faz o uso simultâneo de substâncias e 40,4% tem dependência somente ao álcool. Um dado complementar do Ministério da Saúde aponta que a maior parte tem entre 25 e 29 anos. O perfil das pessoas com essa doença mostra que, além de ser uma preocupação na área da saúde, o uso de substâncias também deve ser olhado sob o aspecto social.

Em paralelo ao número crescente de brasileiros vivendo com o vício em álcool, cocaína, crack e outras drogas, surgem as tentativas de recuperação desses indivíduos. Uma das alternativas disponíveis hoje são as comunidades terapêuticas⁶ (CTs), um modelo de tratamento que incentiva a recuperação por meio da integração entre os pares e recebe financiamento público para o funcionamento. A estimativa da Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas⁷ (FEBRACT) é de que existem até 6 mil CTs no Brasil, com 80 mil pessoas em recuperação.

O tratamento em comunidade terapêutica é altamente controverso. Os métodos utilizados pelas instituições são debatidos tanto na área da saúde, quanto entre grupos de defesa dos direitos humanos. As CTs costumam aliar a espiritualidade — ou a religião —, o trabalho e a disciplina como princípios de tratamento. Os acolhidos moram na instituição durante o tempo de recuperação, na maioria das vezes em locais rurais (Ipea, 2017). Além disso, frequentemente, esse

⁵ SANTANA, Gliciane Vasconcelos. et al. **Perfil sociodemográfico e de dependência química dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial especializado**. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), São Paulo, Brasil, v. 17, n. 4, p. 7–13, 2021. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.155433. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/155433>.

⁶ As comunidades terapêuticas são, segundo o Governo Federal, “uma entidade privada, sem fins lucrativos, que realiza gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário”.

⁷ A FEBRACT atua na organização e capacitação das comunidades terapêuticas filiadas. É possível conhecer o papel da Federação por meio do site oficial <https://febract.org.br/portal/>.

tipo de serviço é confundido com unidades de tratamento médico, mesmo que não tenha nenhuma exigência de equipe especializada em saúde.

As críticas recebidas pelas comunidades são variadas, mas ainda assim é o método mais buscado por pessoas com dependência química e seus familiares em momentos de vulnerabilidade. Para alguns, essas instituições significam segurança, acolhimento e esperança. Enquanto, para outros, as CTs representam a negligência na saúde mental e violação de direitos.

A produção do livro-reportagem busca, acima de tudo, explicar o que são as comunidades terapêuticas do ponto de vista de quem viveu esse modelo. Pouco se fala no jornalismo sobre como funcionam esses espaços e, muito menos, quais são as histórias dessas pessoas internadas sob uma ótica humanizada.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são as histórias das pessoas que buscam a recuperação da dependência química em comunidades terapêuticas?

A partir desse questionamento central, surgem indagações como:

- O que leva esses indivíduos a escolherem esse tipo de tratamento, pautado principalmente na religiosidade?
- Quais são os pontos positivos e negativos desse modelo?

3 HIPÓTESES

- Comunidades terapêuticas podem negligenciar a necessidade de acompanhamento psicológico e psiquiátrico na recuperação da dependência química;
- Pessoas que buscam recuperação em comunidades terapêuticas têm forte ligação religiosa;
- Pessoas com dependência podem ter mais perspectiva de recuperação ao se ancorar na ajuda de uma entidade divina.

Vale ressaltar que essas hipóteses foram expandidas ao longo do processo de pesquisa. Ao iniciar o trabalho, o foco era falar apenas sobre a questão da relação entre a religiosidade e o tratamento da dependência química. No entanto, a apuração mostrou que as comunidades terapêuticas têm outras questões a serem analisadas, como as violações de direitos exemplificadas pelas histórias de alguns personagens principais e o financiamento público nesse modelo de recuperação em comparação com serviços de saúde mental do SUS. Portanto, outros fatores foram analisados durante o trabalho e não apenas as questões das hipóteses iniciais.

Entre as três hipóteses iniciais, duas delas foram comprovadas ao longo do projeto de pesquisa, de acordo com especialistas entrevistados, artigos consultados e relatos pessoais: “comunidades terapêuticas podem negligenciar a necessidade de acompanhamento psicológico e psiquiátrico na recuperação da dependência química” e “pessoas com dependência podem ter mais perspectiva de recuperação ao se ancorar na ajuda de uma entidade divina”. Porém, não é possível afirmar que a hipótese “pessoas que buscam recuperação em comunidades terapêuticas têm forte ligação religiosa” é verdadeira, visto que muitos dependentes químicos buscam recuperação nessas instituições não necessariamente pelo viés religioso.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

O objetivo principal deste trabalho é, a partir da produção de um livro-reportagem, reunir histórias de pessoas que buscam recuperação em comunidades terapêuticas, as razões para utilizarem o método e discutir como funciona esse modelo de tratamento.

4.2 Objetivos específicos

- Produzir livro-reportagem com as histórias de pessoas com dependência química – seja ela em álcool, maconha, cocaína, crack ou drogas injetáveis – que estejam ou já foram internadas em comunidades terapêuticas;
- Recortar quais são os perfis socioeconômicos dos grupos que buscam esse tipo de tratamento;
- Explicar o que são as comunidades terapêuticas, o processo de crescimento do modelo no Brasil e como se diferenciam de outros métodos para a recuperação da dependência química;
- Descrever como é a relação dessas instituições com a ideia de recuperação de doenças por meio da religiosidade;
- Relatar, com base em entrevistas com especialistas da área da saúde e consulta a artigos, qual é a eficácia desse tipo de tratamento para a recuperação de uma doença crônica como a dependência química.

5 JUSTIFICATIVA

A dependência química no Brasil é um tema que preocupa a população. É fácil evidenciar isso a partir da alta frequência de notícias veiculadas nos jornais sobre a Cracolândia, na cidade de São Paulo. No entanto, essa preocupação, muitas vezes, está relacionada a fatores de segurança pública e não à recuperação dessas pessoas que sofrem com a doença.

Pouco se fala no jornalismo sobre as estratégias para tratamento da dependência química, tanto sobre serviços públicos de saúde mental, quanto entidades privadas. Em um contexto como esse, com escassa produção jornalística sobre o assunto, pessoas que sofrem com a doença e seus familiares podem ter dificuldade de acesso à informação sobre métodos de qualidade e fatores para observar ao buscar ajuda.

A dependência química atinge cerca de 3,3 milhões de brasileiros, segundo o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. À princípio, quando comparado ao total da população do país⁸, o percentual é de 1,6% e parece pouco expressivo. No entanto, vale ressaltar que o número total de dependentes químicos supera a quantidade de pessoas que residem em capitais populosas como Salvador, Fortaleza e Brasília⁹.

Portanto, a dependência química é um assunto de interesse público e deveria estar sendo debatido com mais profundidade no jornalismo brasileiro. O livro-reportagem *Prisão ou recomeço? As vidas nas comunidades terapêuticas brasileiras* se propõe a abordar as formas de recuperação da dependência química, com foco na realidade das comunidades terapêuticas brasileiras.

O modelo de comunidade terapêutica é o mais utilizado no Brasil para a recuperação da dependência química. 61% das pessoas que já buscaram tratamento para a doença recorreram ao método das CTs, bem acima do percentual

⁸ Segundo o Censo Demográfico de 2022, o Brasil tem 203,1 milhões de brasileiros. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes>.

⁹ As cidades Salvador, Fortaleza e Brasília são as mais populosas do Brasil após São Paulo e Rio de Janeiro. As capitais da Bahia, Ceará e do país possuem entre 2,4 milhões e 2,8 milhões de habitantes. Disponível em: <https://casavogue.globo.com/arquitetura/cidades/noticia/2023/10/cidades-mais-populosas-brasil.ghtml>.

de 24% que foi aos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD) (FIOCRUZ, 2017).

O objetivo dessas comunidades é “prestar serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas e que não dependam de profissionais de saúde” (Anvisa, 2021)¹⁰.

Embora seja o método mais utilizado para a recuperação da dependência química, há poucos estudos jornalísticos que retratem as comunidades terapêuticas. As matérias disponíveis na internet noticiam, por exemplo, violência nessas instituições¹¹ e medidas governamentais para as comunidades terapêuticas¹². Portanto, no jornalismo, faltam materiais informativos aprofundados que reúnam dados, relatos, leis e visões de especialistas sobre o tema.

Mesmo na área da saúde, quase não há estudos sobre a eficácia dessas comunidades, os riscos e benefícios de relacionar recuperação a métodos como a espiritualidade, disciplina e trabalho — como as CTs adotam —, além de como é o cotidiano de tratamento nesses espaços.

Em um livro-reportagem, em que o formato possibilita contar os fatos de forma detalhada, é possível transmitir quais são as motivações para dependentes buscarem apoio em comunidades terapêuticas, de forma a incentivar a reflexão e o debate em torno deste assunto.

¹⁰ ANVISA. **Perguntas e respostas – Comunidades Terapêuticas**. [S. L.]: Governo Federal, 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf>

¹¹ Em 6 anos, polícia de SP recebeu mais de 20 denúncias contra comunidade terapêutica em que paciente morreu:

<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/11/28/em-6-anos-policia-de-sp-recebeu-mais-de-20-de-nuncias-contra-comunidade-terapeutica-em-que-paciente-morreu.ghtml>

¹² Comunidades terapêuticas não receberão mais recursos de assistência social:

<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2024/04/25/comunidades-terapeuticas-nao-recebem-mais-recursos-de-assistencia-social.htm>

6 REFERENCIAL TEÓRICO

As referências utilizadas para a pesquisa podem ser divididas em quatro principais eixos: dependência química, comunidade terapêutica, relação entre religião e cura de doenças e produção de livro reportagem.

6.1 Dados sobre dependência química no Brasil e no mundo

No aspecto da dependência química no Brasil e no mundo, foram utilizados estudos como o *Relatório Mundial sobre Drogas*, publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) em 2023, a pesquisa *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*, de 2017, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e dados do Governo Federal.

Segundo o relatório do UNODC, 296 milhões de pessoas usam algum tipo de droga a nível global, com predominância da maconha e dos opióides. A cocaína, que foi uma substância apontada por quase todos os entrevistados na produção do livro-reportagem, é usada por 22 milhões de indivíduos no mundo todo. O estudo também revela que 35,9 milhões de pessoas apresentam sintomas de dependência física, um aumento de 45% em 10 anos.

A pesquisa realizada pela Fiocruz, *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*, aponta que, no Brasil, a droga mais utilizada — com exceção ao álcool — é a maconha. No intervalo de 12 meses anteriores à aplicação da pesquisa, 3,8 milhões de brasileiros usaram a substância. Em seguida, está a cocaína, com 1,3 milhão de usuários. O estudo também mostra que 3,3 milhões de brasileiros sofrem com a dependência química de álcool e outras drogas, exceto o tabaco.

O levantamento da Fiocruz traça um perfil das pessoas que apresentam sintomas de dependência química no país: de forma geral, são homens, com idade entre 25 e 34 anos, sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Portanto, é possível verificar, por meio da informação de que são pessoas com baixa escolaridade, que a dependência química é, além de um problema de saúde, uma questão social.

6.2 O modelo de comunidade terapêutica

Para basear as informações sobre as comunidades terapêuticas, os estudos norteadores foram o *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*, produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em 2017, e o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, publicado em 2018 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC).

Além das duas pesquisas centrais, foram consultados artigos como a tese de doutorado do psicólogo Pablo Kurlander, *Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas comunidades terapêuticas*, publicada em 2019; a pesquisa *Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras*, produzida em 2022 pela ONG Conectas Direitos Humanos em parceria com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP); o artigo *Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social*, publicado pelo psiquiatra Fernando Balvedi Damas em 2013; e o estudo *Comunidade Terapêutica como parte da Rede de Atenção Psicossocial: conformidade e monitoramento são possíveis?*, publicado pela Defensoria Pública do estado de São Paulo em 2021.

Os dados obtidos por meio do Perfil levantado pelo Ipea mostram que a maioria das comunidades terapêuticas são exclusivas ao público masculino — em concordância ao perfil da dependência no Brasil, de acordo com pesquisa da Fiocruz — e localizadas em áreas rurais. Além disso, a pesquisa aponta que 95% das CTs têm como foco de tratamento a espiritualidade e 82% dessas instituições são vinculadas a alguma igreja ou vertente religiosa.

O Relatório da Inspeção de CTs, feito pelo CFP, MNPCT e PFDC foi essencial ao longo do processo de apuração para consultar dados sobre violações de direitos cometidas nas comunidades terapêuticas. O estudo revela críticas ao modelo de laborterapia, à prática de internações involuntárias e aborda a discussão da eficácia das comunidades terapêuticas.

Tais práticas são denominadas propostas de atenção porque não configuram, sob o aspecto de saúde, práticas de tratamento, dado o evidente afastamento dessas estratégias de metodologias fundamentadas no cuidado. Os projetos não são formulados com base técnica, teórica ou científica e não partem das singularidades de cada pessoa (CFP, 2018).

Entre os apontamentos da tese de doutorado de Kurlander, está a crítica a comunidades terapêuticas que defendem que a espiritualidade é suficiente para recuperar o indivíduo, além da defesa da eficácia das CTs no tratamento para a dependência química. Segundo o artigo, as chances de entrar no mercado de trabalho são 32% maiores após o tratamento em comunidades terapêuticas de curta duração e 86% maiores de manter a abstinência depois de 12 meses, em comparação ao modelo de residências terapêuticas.

O artigo de Fernando Balvedi Damas e o estudo realizado pela Defensoria Pública de São Paulo se complementam sob alguns aspectos. Ambos explicam a história das comunidades terapêuticas e o processo de expansão ao longo do tempo.

Para o estudo feito pela Defensoria Pública de São Paulo, os pilares seguidos pelas CTs, focados no trabalho, disciplina e espiritualidade, foram intensificados devido ao hiato de mais de 30 anos entre o surgimento dessas instituições no Brasil e a primeira legislação feita no método. Enquanto isso, Damas aponta um possível perfil para as pessoas que buscam apoio das comunidades terapêuticas no país.

(...) Na prática os pacientes que mais buscam este tratamento são aqueles que apresentam um padrão mais grave de dependência química e/ou associados a problemas de ordem social, entre eles: pobreza; menor grau de instrução; subemprego, desemprego ou baixa qualificação profissional; problemas comunitários e familiares; problemas com a justiça; baixo acesso a programas terapêuticos; etc. (DAMAS, 2013).

Outra fonte de dados utilizada ao longo da pesquisa para fundamentar as informações sobre as comunidades terapêuticas foi o estudo da ONG Conectas

sobre o financiamento público de comunidades terapêuticas. De acordo com o levantamento, entre 2017 e 2020, o modelo de CT recebeu R\$ 560 milhões em recursos dos governos federal, estadual e municipal.

6.3 A relação entre religião e a ideia de cura de doenças

Para fundamentar o trecho do trabalho que explica sobre o significado da religião na vida humana e a relação com a ideia da cura de doenças, foram utilizados os artigos *Doença e cura no Pentateuco e nos livros históricos: uma leitura à luz do Oriente Médio antigo*, de 2009, da autora Marcia Lima Zollner Paes de Figueiredo; *Construção do saber médico na Idade Média e suas relações com os poderes instituídos*, publicado por André Silva Ranhel em 2018; e *Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais*, de Elder Cerqueira-Santos, Sílvia Helena Koller e Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira, publicado em 2004.

Os estudos de Figueiredo e Ranhel se propõem a explorar a relação entre religião e cura de doenças entre as civilizações mesopotâmicas 2112 a.C. e na Europa durante a Idade Média, respectivamente. Embora os objetos de pesquisa não sejam os mesmos, os dois artigos se assemelham em como a doença é vista do ponto de vista religioso como uma punição divina, além do significativo papel da fé na cura de enfermidades.

Cerqueira-Santos, Koller e Pereira analisam a relação entre a religião e a saúde na contemporaneidade. Segundo os pesquisadores, a fé se apresenta como um caminho alternativo devido à precariedade do sistema de saúde e quando a medicina não mostra uma saída que agrade ao ser humano.

Tais igrejas apresentam-se como um mundo que acolhe e protege, oferecendo o que as pessoas procuram na religião: atendimento das necessidades, sentido para a vida e controle do presente e do futuro. Essas igrejas vêm atuando, consideravelmente, no campo da saúde. Prometem curas e amparo emocional, assim como interferem na maneira como os fiéis encaram, elaboram e aceitam esse fato (CERQUEIRA-SANTOS, KOLLER E PEREIRA, 2004).

6.4 A produção de um livro-reportagem

No aspecto da produção jornalística de um livro-reportagem, os principais estudos utilizados foram os livros *Páginas ampliadas: o livro-reportagem como extensão do jornalismo e da literatura*, de Edvaldo Pereira Lima (1993), e *Livro-reportagem*, de Eduardo Belo (2006), além da pesquisa *O jornalismo literário como gênero e conceito*, de Felipe Pena (2006).

Os três autores se propõem a explicar como funciona o livro-reportagem e o conceito de jornalismo literário. Para Lima, o livro-reportagem é uma ampliação da notícia e é capaz de conectar diferentes áreas do conhecimento, como o jornalismo de profundidade, a literatura, a história, a sociologia e a psicologia social. Em concordância a Lima, Belo defende que esse tipo de jornalismo pode ter abordagens inovadoras a partir do aprofundamento dos personagens e fatos, sem as limitações do jornalismo diário.

Segundo Pena, o jornalismo literário e o livro-reportagem significam potencializar os recursos do jornalismo.

Não se trata apenas de fugir das amarras da redação ou de exercitar a veia literária em um livro-reportagem. O conceito é muito mais amplo. Significa potencializar os recursos do jornalismo, ultrapassar os limites dos acontecimentos cotidianos, proporcionar visões amplas da realidade, exercer plenamente a cidadania, romper as correntes burocráticas do lide, evitar os definidores primários e, principalmente, garantir perenidade e profundidade aos relatos. No dia seguinte, o texto deve servir para algo mais do que simplesmente embrulhar o peixe na feira (PENA, 2006).

7 METODOLOGIA

A principal metodologia de pesquisa adotada durante a elaboração do livro-reportagem foi a exploratória e qualitativa, com o levantamento de entrevistas com pessoas que já estiveram internadas em comunidades terapêuticas. As entrevistas também foram realizadas com familiares, líderes de comunidades terapêuticas, especialistas da área de dependência química e coletivos contrários ao modelo de CT.

O primeiro passo do trabalho foi a pesquisa bibliográfica dos materiais jornalísticos já produzidos sobre o assunto, como reportagens publicadas nos jornais G1, Folha de S.Paulo e Intercept desde 2021, um intervalo de 3 anos, em buscas por meio de ferramentas como o Google. Além disso, foram consultadas pesquisas com dados das comunidades terapêuticas no Brasil na última década e estudos sobre como produzir um livro-reportagem. Entre os artigos estudados, também foram lidos materiais sobre dependência química e como a religião historicamente é associada à cura de doenças e enfermidades.

O segundo passo foi encontrar pessoas que já recorreram às comunidades terapêuticas como método de tratamento. O objetivo era entender as histórias dessas pessoas para buscar pontos em comum na recuperação nas CTs. A busca por essas fontes foi feita de forma online, a partir de pesquisas em redes sociais, e por indicação das instituições.

O critério de escolha das comunidades terapêuticas foi, principalmente, o viés religioso. A Comunidade Terapêutica Bom Pastor é vinculada à Igreja Católica, enquanto a Novo Amanhecer tem raízes na Igreja Evangélica. O objetivo era selecionar CTs que representassem as duas religiões mais expressivas nesse modelo de tratamento. Devido às limitações de distância, por serem localizadas fora do estado de São Paulo, o contato com as instituições foi feito por chamada de vídeo, além de uma análise do site e das redes sociais das duas CTs.

Depois da fase de entrevistas, foi feita uma análise dos dados e materiais obtidos. Nessa etapa, foi feita uma roteirização do livro-reportagem para facilitar o processo de escrita em seguida. Por fim, a escrita do livro-reportagem seguiu um

formato descritivo, humanizado e com linguagem simples dos dados, das histórias de cada personagem e explicações dos especialistas sobre o assunto.

8 DESCRIÇÃO DO LIVRO-REPORTAGEM

O livro-reportagem mostra os diferentes lados do tratamento em comunidade terapêutica a partir das histórias pessoais dos entrevistados, além de explicar como funciona esse método de recuperação para a dependência química.

O trabalho evidencia que para algumas pessoas, a recuperação nessas instituições foi o que ajudou a melhorar o vício e retomar a vida cotidiana sem as consequências da dependência. Enquanto isso, para outras, as comunidades terapêuticas são sinônimo de tortura, cárcere privado, violência moral e física, intolerância religiosa e homofobia.

O livro se distancia de julgamentos sobre o relato de cada entrevistado, como uma tentativa de dar voz para esses indivíduos se sentirem à vontade para contarem o que, de fato, viveram, seja uma experiência positiva ou negativa.

O material é dividido em cinco capítulos: o primeiro se preocupa em apresentar as histórias de cada uma das pessoas que estiveram em comunidades terapêuticas. O segundo mostra a história das comunidades terapêuticas, o que são oficialmente e dados sobre esse modelo no Brasil. O terceiro explica a relação entre a religião e a ideia de cura de enfermidades, além de como isso está presente no modelo de CT. O quarto expõe as diferentes formas de remuneração das instituições. O quinto e último capítulo aponta problemas desse método e o que pessoas que sofrem com dependência química devem ter certeza quando procurarem ajuda.

O título do trabalho, *Prisão ou recomeço? As vidas nas comunidades terapêuticas brasileiras*, remete à controversa visão dessas instituições, com pessoas que tiveram experiências benéficas e, outras, traumáticas. Além disso, a ideia de utilizar a palavra “vidas” foi pensada para sinalizar ao leitor que o conteúdo do livro conta a história das pessoas de forma humanizada.

8.1 Descrição dos capítulos

As histórias de seis brasileiros são o fio condutor para uma discussão acerca dos tipos de recuperação possíveis para a dependência química. A partir dos relatos de Jackeline, Eduardo, Sônia, Wellington, Giuliano e Luiz Fernando, há espaço para a explicação de conceitos, histórico das CTs, metodologias de tratamento, legislação na área da saúde mental, recursos públicos para a recuperação de dependência e as cicatrizes geradas por essa doença.

O primeiro capítulo do livro, “Quem viveu sabe”, é dividido em duas partes. Ele é a apresentação dos personagens principais do material para, ao longo do texto, fundamentar a explicação de conceitos e práticas realizadas nas CTs a partir de histórias reais. O objetivo é dar voz para que essas pessoas dêem luz às próprias vivências.

A primeira parte, “Tortura, intolerância ou cárcere privado...”, conta a história de Jackeline, Eduardo e Sônia. Os três são moradores do estado de São Paulo e tiveram experiências semelhantes no tratamento de dependência química: testemunharam e sofreram agressões verbais, físicas, intolerância religiosa, homofobia e cárcere privado. Os entrevistados foram encontrados por meio de contatos nas redes sociais com grupos de vítimas de comunidades terapêuticas e que são ligados a movimentos da luta antimanicomial.

A segunda parte do capítulo, “...Ou acolhimento, recuperação e esperança?”, relata o que foi vivido por Wellington, morador do Espírito Santo, Giuliano e Luiz Fernando, ambos de Minas Gerais. Para os três, o acolhimento em comunidade terapêutica foi uma solução positiva que encontraram para as consequências devastadoras que estavam lidando pela dependência química. O afastamento familiar, a perda de emprego e as dificuldades financeiras os fizeram buscar ajuda para a recuperação da doença.

O segundo capítulo, “Por dentro de uma comunidade terapêutica”, explica as diferenças entre clínicas de reabilitação e comunidades terapêuticas. Embora seja um método muito utilizado na dependência química, pouco se fala sobre o que é uma CT e o modelo é confundido com serviços da saúde de forma equivocada. O capítulo explica sobre o surgimento desse tratamento na Europa, baseado em

princípios de Franco Basaglia — psiquiatra italiano e referência para a reforma psiquiátrica —, e como chegou ao Brasil com uma relação forte com grupos religiosos.

Ainda no segundo capítulo, são mostrados dados sobre esse tipo de recuperação, a legislação existente para as comunidades terapêuticas no Brasil e como a criação de federações fortaleceram o crescimento do modelo. Além disso, duas comunidades terapêuticas, Bom Pastor e Novo Amanhecer, relatam os motivos para serem fundadas e as atividades cotidianas nas instituições.

O capítulo 3, “A dependência da fé”, cria um panorama histórico para refletir sobre a relação entre a religião e a ideia de cura de doenças a partir das civilizações mesopotâmicas, na Grécia Antiga e Idade Média. Culturalmente, a fé em divindades pode gerar conforto em momentos de angústia e, em caso de enfermidades, esse cenário não é diferente. Religiosos buscam explicações para o surgimento de problemas de saúde, tanto mental, quanto física, além de soluções para a cura.

A partir desse resgate da história, especialistas são entrevistados e artigos são consultados para entender o impacto da religiosidade na recuperação de doenças, principalmente a dependência química. Além disso, a predominância de CTs vinculadas a igrejas — e os possíveis problemas causados por essa conexão — é discutida neste capítulo.

O quarto capítulo, “Quem paga a conta”, aborda os diferentes métodos de remuneração de uma comunidade terapêutica. As CTs, por definição oficial do Governo Federal, não têm fins lucrativos e oferecem tratamento gratuito.

Na prática, a realidade não é exatamente essa em algumas instituições. Algumas vivem apenas de doações, recebem mensalidade da família, funcionam a partir da venda de produtos feitos pelos acolhidos ou têm financiamento público. O trecho explica cada um desses sustentos e as críticas recebidas por eles, sobretudo os subsídios governamentais em comparação aos valores destinados aos serviços de recuperação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O quinto capítulo, “As lições do modelo”, reúne diferentes visões sobre o tratamento em comunidade terapêutica, os problemas encontrados em algumas CTs

e reflexões sobre a efetividade desse modelo na recuperação de pessoas com dependência química. Além disso, aborda fatores que devem ser analisados por quem busca ajuda no tratamento da doença para encontrar serviços de qualidade.

Por fim, o livro apresenta um glossário com alguns dos principais termos utilizados ao longo do trabalho e que estão relacionados à saúde mental e dependência química.

8.2 Descrição dos personagens

O livro tem seis personagens principais que evidenciam as diferenças experiências no tratamento da dependência química em comunidades terapêuticas. Em ordem de aparição no livro, são eles: Jackeline Lopes, Eduardo Real, Sônia Santos, Wellington Barbosa, Giuliano Freitas e Luiz Fernando Ferreira.

8.2.1 Jackeline Lopes

Jackeline Lopes tem 34 anos e é moradora do bairro de São Mateus, na Zona Leste da capital paulista. Ela trabalha como cabeleireira e, atualmente, cursa enfermagem. Jackeline sofreu uma tentativa de sequestro em um carro de aplicativo que gerou consequências psicológicas graves na vida dela. Devido ao trauma causado pelas ameaças do motorista sobre ir à casa dela após conseguir fugir, a cabeleireira passou a ter surtos psicóticos e recorria à bebida alcoólica como ferramenta de escape.

Jackeline passou três meses em uma comunidade terapêutica chamada Esdras. Na CT, ela testemunhou e sofreu diversos casos de violência física e outras violações de direito.

O contato com Jackeline foi feito a partir de uma indicação de Eduardo Real, outro personagem do livro. Eles se conheceram por meio de grupos que lutam contra as comunidades terapêuticas. A partir disso, diferentes conversas foram feitas para que Jackeline compartilhasse a história dela.

8.2.2 Eduardo Real

Eduardo Real é morador de Osasco, em São Paulo, e tem 37 anos. A história dele com o uso de drogas começou ainda na adolescência. Eduardo é de família religiosa e foi internado em comunidades terapêuticas 14 vezes na tentativa de recuperar a dependência química.

Para ele, em nenhuma das vezes o resultado foi benéfico e, em algumas, sofreu violência e testemunhou agressões físicas inúmeras vezes. Eduardo relata que, entre as 14 internações, nem todas tiveram casos graves como tortura. No entanto, em todas elas houve alguma violação de direito ou algum tipo de preconceito, como a homofobia que sofreu diversas vezes.

Atualmente, Eduardo Real é um dos organizadores do Movimento Nacional de Vítimas de Comunidades Terapêuticas. Ele diz que as CTs não são eficazes e, no caso dele, a recuperação só aconteceu a partir de um tratamento em liberdade.

Eduardo foi encontrado a partir de perfis no Instagram que defendem a luta antimanicomial. A partir da troca de mensagens, uma entrevista foi agendada para ouvir o relato.

3.2.3 Sônia Santos

Sônia Santos preferiu usar um nome fictício para preservar a identidade. Ela tem 41 anos, mora no Tatuapé, na Zona Leste da cidade de São Paulo, é mãe, tem síndrome de Borderline e sofre com a dependência química. Sônia já passou por duas internações em comunidades terapêuticas, mas também já fez tratamento em hospitais psiquiátricos.

Ela tem uma postura contrária ao modelo de comunidades terapêuticas, pois sente que não teve uma melhora no estado de saúde durante as vezes em que ficou internada. Além disso, ela se sentiu negligenciada nas instituições pelas quais passou devido à falta de acompanhamento médico — que era frequente nos hospitais psiquiátricos.

A entrevista com Sônia aconteceu de forma online, por meio de chamada de vídeo no Zoom.

3.2.4 Wellington Barbosa

Wellington Barbosa tem 21 anos e é morador do Espírito Santo, na cidade Serra. Ele foi a primeira entrevista que apresentou um relato positivo sobre as comunidades terapêuticas durante o processo de pesquisa. O contato dela foi uma indicação de um dos gestores da Comunidade Terapêutica Novo Amanhecer, que também foi entrevistada ao longo do trabalho.

Wellington começou a usar drogas na adolescência e tem histórico de dependência química na família, visto que sua mãe e uma de suas irmãs também sofrem com a doença. Ele passou por duas comunidades terapêuticas e, para ele, as duas experiências foram muito positivas.

Atualmente, após concluir um processo de recuperação em CT, o jovem mantém a sobriedade e trabalha em um supermercado da região.

Devido às limitações de locomoção e distância do entrevistado, as conversas com Wellington foram realizadas por chamadas de vídeo.

3.2.5 Giuliano Freitas

Giuliano Freitas tem 45 anos, é casado e pai de dois filhos. Ele mora na cidade de Conselheiro Lafaiete, em Minas Gerais. Gil, como prefere ser chamado, começou a usar drogas aos 12 anos, mas foi aos 15 que acentuou o vício e desenvolveu a dependência química.

Ele passou pelo processo de recuperação em comunidade terapêutica duas vezes, ambas na Bom Pastor, que também concedeu entrevista para o livro. Ele é defensor do método de CT e diz que o modelo fez grande diferença para que ele pudesse retomar a vida. Atualmente, Gil planeja voltar aos estudos, que foram interrompidos pelo vício.

Por conta da distância entre São Paulo e Minas Gerais, as conversas com Giuliano aconteceram na modalidade online. O contato foi uma indicação da Comunidade Terapêutica Bom Pastor.

3.2.6 Luiz Fernando Ferreira

Luiz Fernando Ferreira tem 35 anos, é morador de Ouro Branco, em Minas Gerais, e é outro personagem que concluiu o período de recuperação na Comunidade Terapêutica Bom Pastor.

Luiz Fernando começou a usar drogas ainda na adolescência e passou 8 anos sem buscar ajuda. Ele passou por três diferentes métodos de tratamento. O primeiro foi em liberdade, com acompanhamento psicológico e psiquiátrico. O segundo, foi a internação em um hospital psiquiátrico e, o terceiro, foi na CT Bom Pastor.

Foi só no método de comunidade terapêutica que Luiz sentiu uma melhora na dependência química. Atualmente, ele tem vários certificados para atuar como funcionário em CTs e defende a efetividade do método.

O contato com Luiz Fernando foi realizado por chamada de vídeo no Zoom, devido à distância do entrevistado, e a indicação foi feita em conversa com a coordenadora da Bom Pastor, Maria Célia.

8.3 Descrição de fontes

Além das conversas realizadas com os personagens principais, outras seis entrevistas foram realizadas para aprofundar o tema.

8.3.1 Fontes oficiais

Entre as fontes oficiais, foram analisados dados públicos do Governo Federal sobre comunidades terapêuticas e documentos disponíveis por meio da Lei de

Acesso à Informação (LAI) que mostram os valores destinados a essas instituições a partir do financiamento federal e emendas parlamentares.

8.3.2 Fontes secundárias

Cleide Lopes é mãe de Jackeline Lopes e compartilhou a visão da família sobre o tratamento em comunidade terapêutica. Ela discordou de Jackeline quando a filha buscou a CT Esdras, pois acreditava que era possível se tratar em casa. Ela relata que, para ela, como mãe, foi muito difícil ver as consequências da internação na Jackeline. Segundo Cleide, a filha parecia um zumbi logo que saiu da comunidade terapêutica.

Ítalo Thiago fundou a Comunidade Terapêutica Novo Amanhecer, localizada no Espírito Santo, com sua namorada, Rosana. Ítalo também é um dependente químico em recuperação e criou a CT com base nas experiências pessoais. Ele passou por três processos de recuperação em comunidade terapêutica ao longo de 15 anos. Ítalo diz que usa essa vivência para prestar um trabalho de acolhimento sem violações de direito e punições verbais e físicas, como as quais presenciou durante os processos de recuperação.

Maria Célia é coordenadora da Comunidade Terapêutica Bom Pastor, localizada em Minas Gerais. Ela trabalha na CT desde que foi fundada, em 1999. Maria Célia é psicóloga de formação e defende o trabalho de recuperação em comunidades terapêuticas. A entrevista com a coordenadora foi realizada por chamada de vídeo para que ela pudesse explicar como funciona o dia a dia da instituição e indicar contatos de pessoas que já foram acolhidas no espaço.

Evaldo Dutra é gerente de filiações da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Ele é uma pessoa com dependência química em recuperação e defende que, se não fosse pelo modelo de CT, é provável que não teria melhorado as condições de saúde em relação à doença. Em entrevista, Evaldo explicou qual é o papel de uma federação e como funciona o processo de filiação das CTs com a FEBRACT.

8.3.3 Fontes especialistas

Pablo Kurlander é um psicólogo uruguaio que mora no Brasil desde que tinha 18 anos. É professor de cursos relacionados ao tratamento em comunidade terapêutica e defensor desse modelo de tratamento. Kurlander é um dependente químico em recuperação há 30 anos. Foi em uma CT que ele encontrou acolhimento para a doença e, depois que concluiu o programa, começou a se especializar na área. A entrevista com Pablo Kurlander explicou sobre o histórico das comunidades terapêuticas no Brasil, os problemas na forma que o método foi adotado no país e a opinião sobre a eficácia dessas instituições.

Marcelo Kimati é psiquiatra, cientista social e já atuou como assessor na Coordenação de Saúde Mental, do Ministério da Saúde. Kimati tem posição contrária às comunidades terapêuticas e defende o tratamento para dependência química nos serviços do SUS. Segundo o especialista, as CTs reforçam as desigualdades sociais. A entrevista com o psiquiatra aconteceu por meio de ligação telefônica e ele explicou a trajetória das comunidades terapêuticas no Brasil sob o aspecto político e os financiamentos públicos que o modelo tem recebido ao longo dos anos.

8.3.4 Fonte documental

Entre os documentos acessados para a produção do livro-reportagem, estão o laudo da morte de Milena Leocádio e o processo de investigação do falecimento da jovem, que morreu na Comunidade Terapêutica Esdras enquanto Jackeline Lopes estava internada. Ao longo do livro, Jackeline relata o que lembra do dia da morte de Milena. Outro arquivo acessado foi o processo de Kauê Dias na justiça, preso em março de 2023. Ele é investigado pelo envolvimento nos crimes cometidos na CT Esdras.

8.4 Descrição dos custos

A diagramação do livro foi feita por mim e as imagens utilizadas são de bancos de imagens gratuitos. Dessa forma, os custos para a realização do trabalho foram com o processo de transcrição de entrevistas, que foi pedido para um *freelancer*, e a revisão do texto, feita por Gabriela Antunes Alves. Existe o objetivo de imprimir o livro futuramente, o que ocasionará um gasto adicional ao projeto.

Descrição	Valor
Transcrição de entrevistas	R\$ 150
Revisão de texto	R\$ 150
TOTAL	R\$ 300

9 CRONOGRAMA

Etapas de produção	02/24	03/24	04/24	05/24	06/24
1. Leitura de referências bibliográficas	X				
2. Contato online com dependentes químicos para seleção de fontes		X			
3. Coleta de dados e entrevistas		X	X		
5. Redação do livro-reportagem e diagramação				X	X
6. Redação do memorial de pesquisa e entrega do trabalho					X

10 ACESSO AO MATERIAL

O livro-reportagem completo, editado e diagramado em PDF, pode ser acessado por meio [deste link](#) ou clicando na imagem de capa a seguir:



11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção do livro-reportagem *Prisão ou recomeço? As vidas nas comunidades terapêuticas brasileiras* foi, sem dúvidas, uma das experiências mais desafiadoras durante a graduação. Aliar a apuração e escrita de uma reportagem de fôlego a uma rotina de trabalho, cursos e outras atividades foi um processo exaustivo e, ao mesmo tempo, muito gratificante ao chegar no final.

Além do tempo limitado para a criação do trabalho, outro desafio foi a complexidade do tema. Discutir dependência química, políticas públicas, métodos de tratamento e direitos humanos se mostrou um debate com inúmeras possibilidades.

No início da elaboração do projeto, a ideia da pesquisa era mostrar histórias negativas sobre as comunidades terapêuticas, a relação com a religião e os valores altos cobrados de mensalidade das famílias. Porém, logo nas primeiras pesquisas, foram encontrados casos de crimes graves envolvendo essas instituições, os subsídios expressivos do governo a um método sem muitos estudos científicos e, paralelamente, relatos de pessoas que tiveram as vidas transformadas a partir das CTs.

O livro buscou retratar todos esses fatores relacionados ao tratamento em comunidades terapêuticas. Alguns dos pontos evidenciados durante as entrevistas e apuração de documentos e artigos foram:

- Pessoas que buscam recuperação em comunidades terapêuticas costumam ter menor grau de escolaridades, problemas sociais e familiares, além de baixo acesso a programas terapêuticos;
- A relação com a religião pode ajudar o dependente químico a ter um apoio não apenas na recuperação, mas também como grupo social no processo de reinserção à sociedade. Ainda assim, existem casos problemáticos de intolerância religiosa e imposição da religiosidade;
- Ainda há poucos estudos que comprovem a eficácia do método;
- Há a necessidade de uma fiscalização melhor dos serviços prestados na área de saúde mental;
- É preciso a criação de leis nas comunidades terapêuticas que sejam mais duras para evitar violações de direitos humanos;

- Para atender à demanda de saúde mental atual no Brasil, é necessário um investimento governamental maior em serviços públicos de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A principal evidência durante a apuração foi a infinidade de assuntos possíveis para retratar as comunidades terapêuticas e o tratamento da dependência química. Portanto, esse livro não esgota o tema. O material pode servir como uma porta de entrada para uma eventual continuação da pesquisa jornalística sobre histórias de pessoas que buscam recuperação em CTs.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Perguntas e respostas – Comunidades Terapêuticas**. [S. L.]: Governo Federal, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2024.

ANVISA. **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF: MS, 2001. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html. Acesso em: 2 abr. 2024.

ANVISA. **Resolução - RDC Nº 29, de 30 de Junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 2 abr. 2024.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, 255 p.

AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de. Comunidades terapêuticas: o que são e a que(m) serve(m). **Mad In Brasil**. [S. L.], ago. 2022. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2022/08/comunidades-terapeuticas-o-que-sao-e-a-quem-servem/>. Acesso em: 23 abr. 2024.

BARRETO, Katia Isicawa de Sousa *et al.* **Comunidade Terapêutica como parte da Rede de Atenção Psicossocial**: conformidade e monitoramento são possíveis?. 21. ed. São Paulo: Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalPeriodicos/TodosOsPeriodicos/cadernos_defensoria_publica_esp/Cad-Def-Pub-SP_n.28_1.pdf. Acesso em: 16 abr. 2024.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de; BONI, Raquel Brandini de; REIS, Neilane Bertoni dos; COUTINHO, Carolina Fausto de Souza. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 17 abr. 2024.

BELO, Eduardo. **Livro-reportagem**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006. 144 p.

BORGES, Stella. Emendas para comunidades terapêuticas crescem mesmo sem resultado atestado. **UOL**. São Paulo, jun. 2023. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2023/06/25/emendas-parlamentares-comunidades-terapeuticas.htm>. Acesso em: 26 mai. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 13.840, 5 de junho de 2019**. Define as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e trata do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências. Brasília, DF: 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 10 mai. 2024

CAMPOS, Indianara; VASCONCELOS, Daniela; PATRIARCA, Paola; MANCINI, Fernando. Cinco funcionários de clínica de reabilitação são presos suspeitos de matar interno em Embu-Guaçu, Grande SP. **G1**. São Paulo, set. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/09/26/cinco-funcionarios-de-clinica-de-reabilitacao-sao-presos-suspeitos-de-matar-interno-em-embu-guacu-grande-sp.ghtml>. Acesso em: 8 abr. 2024.

CARNEIRO-CARVALHO, Andreia; RODRIGUES, Isilda. **A peste negra e as crenças religiosas: Conflito Ciência e Religião**. 2022. 19 f., Centro de Investigação e Tecnologias Agroambientais e Biológicas, Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, [S. L.], 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/358655890_A_pestes_negra_e_as_crenças_religiosas_Conflito_Ciência_e_Religião. Acesso em: 28 abr. 2024.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; KOLLER, Sílvia Helena; PEREIRA, Maria Teresa Lisboa Nobre. **Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 82-91, set. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2024.

CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. [S. L.]: Conselho Federal de Psicologia, 2018. 173 p. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 7 abr. 2024.

CONAD. **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015 (Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas)**. 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. Brasília, DF: CONAD, 2015.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras**. [S. L.], 2022. 61 p. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacao/financiamento-publico-de-comunidades-terapeuticas-brasileiras-entre-2017-e-2020/>. Acesso em: 27 abr. 2024.

DAMAS, Fernando Baveldi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v. 6, p. 50-65, 2013. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140376/comunidades-terapeuticas-no-brasil_expansao-institucionalizaca_8NQp7yT.pdf. Acesso em: 11 mai. 2024

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). **Relatório Mundial sobre Drogas**. Organização das Nações Unidas, 2023. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>. Acesso em: 9 abr. 2024.

FIGUEIREDO, Marcia Lima Zollner Paes de. **Doença e cura no Pentateuco e nos livros históricos: uma leitura à luz do Oriente Médio antigo**. 2009. Dissertação (Mestrado em Língua Hebraica, Literatura e Cultura Judaicas) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.8.2009.tde-01022010-160712>. Acesso em: 28 abr. 2024.

GCOM/CFP. CFP reforça posicionamento contrário ao financiamento de comunidades terapêuticas com recursos públicos. **Site Oficial do CFP**. [S. L.], ago. 2022. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-reforca-posicionamento-contrario-ao-financiamento-de-comunidades-terapeuticas-com-recursos-publicos/>. Acesso em: 11 mai. 2024.

Governo Federal. **Acessar Comunidades Terapêuticas**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 7 abr. 2024.

GUERRA, Arthur. Espiritualidade contribui (e muito) para a sua saúde mental. **Forbes**. [S. L.], set. 2022. Disponível em: Espiritualidade contribui (e muito) para a sua saúde mental Leia mais em: <https://forbes.com.br/forbessaude/2022/09/arthur-guerra-espiritualidade-contribui-e-muito-para-a-sua-saude-mental/>. Acesso em: 2 mai. 2024.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasil: Ipea, 2017. 50 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 29 abr. 2024.

KURLANDER, Pablo. **Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos**: um estudo longitudinal em duas comunidades terapêuticas. 2019. 208 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Unesp, Botucatu, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/181991>. Acesso em: 2 mai. 2024.

LEGISLAÇÕES de Comunidades Terapêuticas no Brasil. Produção de Pablo Kurlander. [S. L.]: Instituto Eureka Educando, [202-]. Color.

LIMA, Edvaldo Pereira. **Páginas Ampliadas. O Livro-reportagem Como Extensão do Jornalismo e da Literatura**. 1. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1993. v. 1. 271p.

LISBOA, Luana. Comparadas a manicômios, comunidades terapêuticas têm R\$ 56 milhões em emendas autorizadas pelo governo federal. **Folha de S.Paulo**. [S. L.], maio 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equlibrioesaude/2024/05/comparadas-a-manicomios-comunidades-terapeuticas-tem-r-56-milhoes-em-emendas-autorizadas-pelo-governo-federal.shtml>. Acesso em: 26 mai. 2024.

LOPES, Pedro. Brasil ampliou apoio a comunidades terapêuticas, criticadas por estudiosos. **UOL Tab**. São Paulo, nov. 2023. Disponível em: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2023/11/07/governos-ampliaram-comunidades-terapeuticas-criticadas-por-especialistas.htm>. Acesso em: 26 mai. 2024.

Ministério da Saúde. **Mapa interativo facilita pesquisa por serviços de saúde mental**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/12/mapa-interativo-facilita-pesquisa-de-servicos-de-saude-mental>. Acesso em: 26 mai. 2024.

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, DF: 2012. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 2 abr. 2024.

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, DF: 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 2 abr. 2024.

Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 13 abr. 2024.

NORMAND, Luna. Dependência química é doença e tem tratamento. **Governo Federal**. fev. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/dependencia-quimica-e-doenca-e-tem-tratamento>. Acesso em: 27 abr. 2024.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Glossário de Álcool e Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2010. 132 p. Disponível em: https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/988/Gloss%C3%A1rio_de_%C3%A1lcool_e_drogas.pdf. Acesso em: 30 mai 2024.

PENA, Felipe. **Jornalismo Literário**. São Paulo: Contexto, 2006. v. 1. 144p.

PENA, Felipe. O jornalismo literário como gênero e conceito. In: XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2006, Brasília. Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2006. Disponível em: <https://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/77311256385591019479200175658222289602.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

POLICASTRO, Décio. **Saúde, espiritualidade e religião**. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/saude-espiritualidade-e-religiao/>. Acesso em: 28 abr. 2024.

QUEIROZ, Laísa. Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12% no SUS. **Ministério da Saúde**. fev. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/atendimento-a-pessoas-com-transtornos-mentais-por-uso-de-alcool-e-drogas-aumenta-11-no-sus>. Acesso em: 9 abr. maio 2024.

RANEL, André Silva. **Construção do saber médico na Idade Média e suas relações com os poderes instituídos**. In: Encontro Internacional e XVIII Encontro de História da Anpuh-Rio: História e Parcerias, 2018, Niterói - RJ. Anais do Encontro Internacional e XVIII Encontro de História da Anpuh-Rio: História e Parcerias, 2018. Disponível em: https://www.encontro2018.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1529356076_ARQUIVO_AndreS.Ranel_ConstrucaoDoSaberMedicoNaIdadeMediaeSuasRelacoesComosPoderesInstituidos.pdf. Acesso em: 28 abr. 2024.

RIBEIRO, Paulo Victor. Internação, morte e esquecimento. **Intercept Brasil**. [São Paulo], dez. 2023. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2023/12/18/milena-morreu-dopada-e-espantada-em-uma-comunidade-terapeutica-o-tipo-de-morte-que-o-governo-escolheu-ignorar/>. Acesso em: 7 abr. 2024.

SABINO, Nathali di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. **Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas**. 2005. Curso de Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>. Acesso em: 21 abr. 2024.

SANTANA, Gliciane Vasconcelos; SANTOS, Joyce Lorena Santana; SANTOS, José Marcos de Jesus; ALVES, Letícia de Jesus; MENEZES, Andreia Freire de; FREITAS, Carla Kalline Alves Cartaxo. Perfil sociodemográfico e de dependência química dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial especializado. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, São Paulo, Brasil, v. 17, n. 4, p. 7–13, 2021. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.155433. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/155433>. Acesso em: 01 mai. 2024.

SEGATTO, Norian. Manicômio judiciário é contramão dos direitos humanos. **Conselho Nacional de Saúde**. [S. L.], dez. 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3258-manicomio-judiciario-e-contramao-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 11 mai. 2024.

SEGATTO, Norian. Resolução do CNAS sobre financiamento a comunidades terapêuticas gera divisão no governo. **Sinpsi**. [S. L.], maio 2024. Disponível em: <https://sinpsi.org/resolucao-do-cnas-sobre-financiamento-a-comunidades-terapeuticas-gera-divisao-no-governo/>. Acesso em: 26 mai. 2024.

Senado Federal. **Aumenta o número de pessoas com transtornos por uso de drogas e álcool**. Senado Federal. [S. L.], p. 1-1. mar. 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/noticias-comum/aumenta-o-numero-de-pessoas-com-transtornos-por-uso-de-drogas-e-alcool>. Acesso em: 21 abr. 2024.

SP2. Polícia pede prisão de dono de clínica clandestina e terapeuta em Itapevi, na Grande SP; pacientes relatam tortura. **G1**. São Paulo, fev. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/02/06/policia-pede-prisao-de-dono-de-clinica-clandestina-e-terapeuta-em-itapevi-na-grande-sp-pacientes-relatam-tortura.ghtml>. Acesso em: 8 abr. 2024.

TAVARES, Lucas. Expansão, visita de Papa e mais de 80 mil recuperados: os 40 anos da Fazenda da Esperança, em Guaratinguetá. **G1**. [S. L.], jul. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2023/07/18/expansao-visita-d-e-papa-e-mais-de-80-mil-recuperados-os-40-anos-da-fazenda-da-esperanca-em-guaratingueta.ghtml>. Acesso em: 3 mai. 2024.

GIOVANNA DE OLIVEIRA FIGUEREDO

PRISÃO OU RECOMEÇO?

As vidas nas comunidades
terapêuticas brasileiras

“Ninguém pode servir a dois senhores; pois odiará um e amará o outro, ou se dedicará a um e desprezará o outro. Vocês não podem servir a Deus e ao Dinheiro”.

(Mateus 6:24)

Diagramação: Giovanna de Oliveira Figueredo
Imagem utilizada na capa: Unsplash / Jametlene Reskp
Revisão do texto: Gabriela Antunes Alves

AGRADECIMENTOS

Este livro-reportagem, sem dúvidas, não foi escrito apenas por mim.

Se não fossem pelas dezenas de pessoas que cruzaram — e impactaram — a minha história antes e durante a estadia na Universidade de São Paulo, é bem improvável que teria chegado até o ponto final da produção de um livro e de toda uma graduação.

Agradeço à minha família, a base de tudo. Isso pode parecer figurinha repetida, mas sinto que, sem eles, nunca teria tido a coragem de concorrer com milhares de gênios do país por uma vaga na universidade pública.

À minha avó, Lena, por ser o meu porto seguro e me ensinar constantemente o que é um amor sincero. Sem ela, eu não sou nada. Ao meu avô, Dito, por repetir incansavelmente: “você tem que estudar, isso vai mudar sua vida”. Foi ele quem sempre plantou a semente de que a educação poderia abrir portas para o futuro.

À minha tia-irmã, Flávia, por servir de inspiração desde que éramos pequenas. Obrigada por tudo que você sempre me ensinou, por ser amiga e minha companhia para qualquer ocasião.

À minha mãe, Camila. Toda essa graduação deveria estar em seu nome também. É uma honra ser filha de uma mulher forte como você. Obrigada por me apoiar incondicionalmente, me acompanhar em cada etapa e sempre ter paciência para ouvir sobre desabafos de faculdade, trabalho e da vida. Você é tudo para mim.

Um agradecimento especial ao meu padrasto, Cícero. Foi em uma conversa com ele que despertou o interesse pelo tema desse livro. Obrigada por ser amigo e pelo amor de pai.

Agradeço também à minha melhor amiga, Julia, por estar comigo em todo e qualquer cenário. Ela que esteve comigo desde os primeiros dias de ensino médio e eu espero levar para a minha vida toda.

Amor absoluto ao meu namorado, Vitor, que me ajudou em todos os passos desse livro e me ouviu falando por horas sobre cada nova descoberta. Obrigada por me acompanhar — e me aguentar — em todos os momentos.

Aos meus tios, Aline e Simon, por sempre confiarem em mim. À pessoa favorita da minha vida, Clara, que sequer tem idade para ler este livro, mas me ensina todos os dias o significado de amor genuíno, sincero, doce e deixa os dias muito mais leves.


A todos os meus amigos de faculdade, do trabalho e da vida, com menção especial ao Sanchez, Henrique, Patrick, Bia, Duda, Fernanda, Guilherme, Helô, Anna e muitos outros. Amo todos vocês.

Ao meu orientador, professor Alexandre, que me tranquilizou durante todo o processo, dispôs de toda a atenção do mundo para esse projeto — inclusive em dias e horários em que estava passando tempo com a família — e me impediu de desistir quando tudo parecia estar perdido.

Por fim, não poderia deixar de agradecer a cada uma das pessoas que compartilharam suas histórias e seus pontos de vista de forma tão generosa. Obrigada Jackeline, Sônia, Eduardo, Wellington, Luiz Fernando, Giuliano, Ítalo, Marcelo, Maria Célia, Cleide, Pablo, Evaldo e todas as outras fontes que reservaram tempo de suas vidas para a construção deste material.

SUMÁRIO

07	Introdução
15	Quem viveu sabe
41	Por dentro de uma comunidade terapêutica
63	A dependência da fé
77	Quem paga a conta
91	As lições do modelo
105	Glossário
111	Referências



INTRODUÇÃO

A dependência química é, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma doença sem cura, mas que pode ser tratada. O *Relatório Mundial sobre Drogas*, publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) em 2023, mostra que 39,5 milhões de pessoas no mundo têm algum transtorno causado pelo uso excessivo de substâncias. O dado é de 2021 e, em relação a mesma estatística da década anterior, houve um crescimento de 45%. Segundo o estudo, a cada 5 dessas pessoas, 1 está em tratamento.

No Brasil, a pesquisa *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*, realizada pela Fiocruz em 2017, estima que 3,3 milhões de brasileiros maiores de 12 anos têm algum grau de dependência em álcool ou outras drogas.

É possível refletir sobre quem são essas pessoas a partir do estudo *Perfil sociodemográfico e de dependência química dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial especializado* (2021), de autoria de Gliciane Vasconcelos Santana, Joyce Lorena Santana Santos, José Marcos de Jesus Santos, Letícia de Jesus Alves, Andreia Freire de Menezes e Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas.

O estudo é focado no perfil de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, mas serve como norteador de quem sofre com a dependência química atualmente. Os resultados obtidos pelos pesquisadores mostram que a maioria dos usuários é do sexo masculino, estudou até o ensino fundamental, 43,5% faz o uso simultâneo de substâncias e 40,4% tem dependência somente ao álcool. Um dado complementar do Ministério da Saúde aponta que a maior parte tem entre 25 e 29 anos. O perfil das pessoas com essa doença mostra que, além de ser uma preocupação na área da saúde, o uso de substâncias também deve ser olhado sob o aspecto social.

Em paralelo ao número crescente de brasileiros vivendo com o vício em álcool, cocaína, crack e outras drogas, surgem as tentativas de recuperação desses indivíduos. Uma das alternativas disponíveis hoje são as comunidades terapêuticas (CTs), um modelo de tratamento que incentiva a recuperação por meio da integração entre os pares e recebe financiamento público para o funcionamento.

O tratamento em comunidade terapêutica é altamente controverso. Os métodos utilizados pelas instituições são debatidos tanto na área da saúde quanto entre grupos de defesa dos direitos humanos. As CTs costumam aliar a espiritualidade — ou a religião —, o trabalho e a disciplina como princípios de tratamento. Os acolhidos moram na instituição durante o tempo de recuperação, na maioria das vezes em locais rurais. Além disso, frequentemente, esse tipo de serviço é confundido com unidades de tratamento médico, mesmo que não tenha nenhuma exigência de equipe especializada em saúde.

As críticas recebidas pelas comunidades são variadas, mas ainda assim é o método mais buscado por pessoas com dependência química e seus familiares em momentos de vulnerabilidade, de acordo com o levantamento feito pela Friocruz (2017). Para alguns, essas instituições significam segurança, acolhimento e esperança. Enquanto, para outros, as CTs representam a negligência na saúde mental e violação de direitos.

Este livro busca, acima de tudo, explicar o que são as comunidades terapêuticas do ponto de vista de quem viveu esse modelo. Pouco se fala no jornalismo sobre como funcionam esses espaços e, muito menos, quais são as histórias dessas pessoas internadas sob uma ótica humanizada.

As pesquisas foram feitas a partir de documentos do Governo Federal e de organizações de saúde mental, notícias

disponíveis sobre comunidades terapêuticas em veículos como o G1, UOL, Folha de S.Paulo e Intercept, além de estudos de especialistas na área.

Entre os materiais que basearam a produção deste livro-reportagem, se destacam o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, publicado em 2018 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e a pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas*, feita em 2017 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), além de estudos citados no decorrer dessa obra.

As histórias de 6 brasileiros são o fio condutor para uma discussão acerca dos tipos de recuperação possíveis para a dependência química. A partir dos relatos de Jackeline, Eduardo, Sônia, Wellington, Giuliano e Luiz Fernando, há espaço para a explicação de conceitos, histórico das CTs, metodologias de tratamento, legislação na área da saúde mental, recursos públicos para a recuperação de dependência e as cicatrizes geradas por essa doença.

O primeiro capítulo do livro, “Quem viveu sabe”, é dividido em duas partes. Ele é a apresentação dos personagens principais do livro para, ao longo do texto, fundamentar a explicação de conceitos e práticas realizadas nas CTs a partir de histórias reais. O trabalho não tem como intuito julgar as escolhas e a experiência de cada um. O objetivo, portanto, é dar voz para que essas pessoas dêem luz às próprias vivências.

A primeira parte, “Tortura, intolerância ou cárcere privado...”, conta a história de Jackeline, Eduardo e Sônia. Os três moram no estado de São Paulo e tiveram experiências semelhantes no tratamento de dependência química: testemunharam e

sofreram agressões verbais, físicas, intolerância religiosa, homofobia e cárcere privado. Os entrevistados foram encontrados por meio de contatos nas redes sociais com grupos de vítimas de comunidades terapêuticas e que são ligados a movimentos da luta antimanicomial.

A segunda parte do capítulo, “...Ou acolhimento, recuperação e esperança?”, relata o que foi vivido por Wellington, morador do Espírito Santo, Giuliano e Luiz Fernando, ambos de Minas Gerais. Para os três, o acolhimento em comunidade terapêutica foi uma solução positiva que encontraram para as consequências devastadoras que estavam lidando pela dependência química. O afastamento familiar, a perda de emprego e as dificuldades financeiras os fizeram buscar ajuda para a recuperação da doença.

O segundo capítulo, “Por dentro de uma comunidade terapêutica”, explica as diferenças entre clínicas de reabilitação e comunidades terapêuticas. Embora seja um método muito utilizado na dependência química, pouco se fala sobre o que é uma CT e o modelo é confundido com serviços da saúde de forma equivocada. O capítulo explica sobre o surgimento desse tratamento na Europa, baseado em princípios de Franco Basaglia — psiquiatra italiano e referência para a reforma psiquiátrica —, e como chegou ao Brasil com uma relação forte com grupos religiosos.

Ainda no segundo capítulo, são mostrados dados sobre esse tipo de recuperação, a legislação existente para as comunidades terapêuticas no Brasil e como a criação de federações fortaleceram o crescimento do modelo. Além disso, duas comunidades terapêuticas, Bom Pastor e Novo Amanhecer, relatam os motivos para serem fundadas e descrevem suas atividades cotidianas.

O capítulo 3, “A dependência da fé”, cria um panorama histórico para refletir sobre a relação entre a religião e a ideia de cura de doenças a partir das civilizações mesopotâmicas, na Grécia Antiga e Idade Média. Culturalmente, a fé em divindades pode gerar conforto em momentos de angústia e, em caso de enfermidades, esse cenário não é diferente. Religiosos buscam explicações para o surgimento de problemas de saúde, tanto mental, quanto física, além de soluções para a cura.

A partir desse resgate da história, especialistas são entrevistados e pesquisas são consultadas para entender o impacto da religiosidade na recuperação de doenças, principalmente a dependência química. Além disso, a predominância de CTs vinculadas a igrejas e os possíveis problemas causados por essa conexão são discutidos neste capítulo.

O quarto capítulo, “Quem paga a conta”, aborda os diferentes métodos de remuneração de uma comunidade terapêutica. As CTs, por definição oficial do Governo Federal, não têm fins lucrativos e oferecem tratamento gratuito.

Na prática, a realidade não é exatamente essa em algumas instituições. Algumas vivem apenas de doações, recebem mensalidade da família, funcionam a partir da venda de produtos feitos pelos acolhidos ou têm financiamento público. O trecho explica cada um desses sustentos e as críticas recebidas por eles, sobretudo os subsídios governamentais em comparação aos valores destinados aos serviços de recuperação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O quinto capítulo, “As lições do modelo”, reúne diferentes visões sobre o tratamento em comunidade terapêutica, os problemas encontrados em algumas CTs e reflexões sobre a efetividade desse modelo na recuperação de pessoas com dependência química. Além disso, aborda fatores que de-

vem ser analisados por quem busca ajuda no tratamento da doença para encontrar serviços de qualidade.

Por fim, é apresentado um glossário com alguns dos principais termos utilizados ao longo do trabalho e que estão relacionados à saúde mental e dependência química.

Capítulo 1

QUEM VIVEU SABE

Um depósito de pessoas. Um pesadelo. Uma prisão. Uma salvação. Um lugar em que houve acolhimento. Um recomeço. Embora pareçam contraditórias e desconexas, essas definições foram feitas por diferentes pessoas, mas sobre um mesmo tipo de instituição: as comunidades terapêuticas.

A definição de comunidade terapêutica (CT), segundo o Governo Federal, é “uma entidade privada, sem fins lucrativos, que realiza gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário”.

Ou seja, trata-se de um espaço para a recuperação da dependência química quando há a vontade do usuário, baseada na relação entre os pares em um tratamento de 3 a 12 meses, e sem qualquer integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ou, pelo menos, é isso o que deveriam ser.

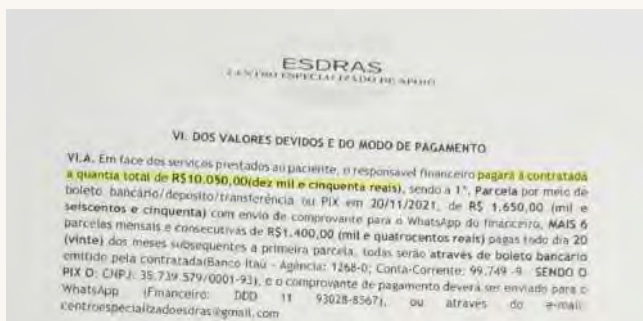
Tortura, intolerância e cárcere privado...

Era dia 20 de novembro de 2021 quando Jackeline Lopes, hoje com 34 anos, começou o que chama de experiência mais traumática da vida. Ela buscou no Google por um refúgio que a ajudasse a se aliviar da depressão, dos surtos psicóticos que estava sofrendo e, aliado a eles, o abuso de bebida alcoólica após uma tentativa de sequestro em um carro de aplicativo.

Entre os resultados da internet, apareceu uma comunidade terapêutica na cidade de Cajamar, a 60 km de distância de onde morava, no bairro de São Mateus, na Zona Leste da cidade de São Paulo, e Jackeline decidiu fazer uma visita ao espaço com sua mãe, Cleide Lopes.

“No Google, eles eram cinco estrelas, não tinham nenhum relato negativo e pelas fotos parecia ser um lugar bonito. Quando eu cheguei lá, a gente foi recebida muito bem pelo coordenador da comunidade terapêutica. Eu estava em um momento vulnerável, minha mãe também. A gente nem fazia ideia do que precisava. Eu fui só com uma jaqueta e um livro. No dia da visita, já fiquei internada”, conta Jackeline.

O que ela pensou que seriam algumas semanas de descanso e isolamento, se tornaram três meses. Assim que Jackeline chegou ao Esdras, uma referência ao sacerdote bíblico e que significa “aquele que ajuda”, a mãe dela assinou um contrato de internação para um tratamento de seis meses, no valor de R\$ 10 mil.



Contrato assinado pela mãe de Jackeline, Cleide Lopes.
Imagem: Foto cedida por Jackeline Lopes

“Eu até comentei que achava melhor ela não ir. Ela poderia descansar na minha casa. Eu me senti de calças curtas para assinar esse contrato de seis meses, tínhamos combinado um mês, mas eu assinei o contrato e se eu tirasse a Jackeline de lá antes, teria uma multa”, relembra Cleide, mãe de Jackeline.

Esse contrato marcou a vida de Jackeline. Assim que a internação foi oficializada, o espaço de recuperação se mostrou ser um ambiente de violação de direitos. Suas roupas foram trocadas e itens pessoais descartados, mas ela relata que uma série de outras violências também foram vividas: agressões verbais, físicas, intolerância religiosa e cárcere privado, por exemplo.

“Eles defendiam que Deus cura o vício, a depressão, a homossexualidade, a pobreza, tudo. E se você não aceitar, você apanha e é dopado. Eles faziam um combinado de remédios chamado de ‘Danoninho’, sem prescrição médica. A sensação que eu tinha era como se o meu cérebro fosse uma lata e tivesse alguém batendo nele”.

O Esdras, segundo Jackeline, funcionava como um depósito de pessoas. Havia internações de quem sequer já tinha fumado na vida, idosos enviados pela família como uma casa de repouso e pessoas com deficiência.

“A maior parte dos internados era de forma involuntária. Tem toda uma máfia de resgate, onde é pago o valor da ambulância, você é amarrado e vai parar dentro de uma comunidade terapêutica. Basta ter dinheiro”, diz.

Além disso, o contato com a família era restrito. Após a entrada no Esdras, a primeira ligação só poderia ser feita depois de 30 dias de tratamento e sempre com o monitoramento da comunidade terapêutica, o que dificultava as denúncias dos abusos sofridos para os familiares.

O Esdras era uma comunidade terapêutica apenas para mulheres e seguia os valores da Congregação Cristã. Entre as cláusulas do contrato para entrar na comunidade terapêutica, havia a explicação de quais seriam os métodos de tratamento para distúrbios

psíquicos, deficiência mental e dependência química: “terapias cognitivas, incluindo grupos de sentimentos e estímulo ao desenvolvimento da espiritualidade, reuniões para conscientização, laborterapia, acompanhamento terapêutico individual e/ou em grupo, terapia racional emotiva, videoterapia, dinâmicas em grupo com orientação psicológica, atividades físico-desportivas e programa de prevenção à recaída”.

Como parte do tratamento também existia uma rotina diária rígida a ser seguida: durante a semana, o dia começava às 6h30. Aos sábados e domingos, às 7h00. O café da manhã era servido, um culto evangélico era ministrado e, depois, havia um tempo livre para o cigarro. Por último, ocorria uma reunião do Narcóticos Anônimos. O almoço era sempre às 11h30 e, depois, uma hora e meia de descanso nos quartos, que ficavam trancados com chave e trinco. À tarde, tinha um culto e era servido um lanche, seguido de um banho de três minutos para cada mulher. Era permitido um tempo livre de 40 minutos antes do jantar e, na hora de dormir, um cachorro grande ficava solto pelo espaço.

Uma das principais críticas de Jackeline à comunidade terapêutica eram as manifestações religiosas apenas evangélicas. Ela se reconhece como candomblecista e, portanto, não se sentia à vontade em participar dos diferentes cultos que eram realizados diariamente, embora tenha sido informada, no momento da internação, que todas as religiões eram aceitas na CT.

“Eu cheguei falando que eu sou do Candomblé e o coordenador falou para mim que lá tinha um espaço para todo tipo de espiritualidade. Mas eu perdi as contas de quantas vezes eu apanhei porque eu não quis ir para a igreja. No momento dos cultos eu sofria agressões como socos, contenções, xingamentos, ameaças, tudo isso”. A violência constante no Esdras fazia algumas mulheres compararem a comunidade terapêutica

ao ambiente de uma prisão: “Eu ouvia das meninas que já tinham sido presas que a cadeia era melhor do que estar ali”, afirma Jackeline.

Os abusos sofridos na CT chegaram ao Ministério Público estadual e, em 16 de fevereiro de 2023, o centro foi fechado em uma ação da polícia civil. Os donos do centro, Talita Assunção e Marcos Moglia, foram presos em flagrante e condenados a mais de 31 anos de prisão por sequestro e cárcere privado, segundo apuração do jornal Intercept.

O caso Esdras ganhou repercussão em uma série de reportagens do jornal após a morte de Milena Leocádio, uma mulher que estava em tratamento de dependência em álcool e cocaína. Milena tinha 22 anos e esteve na comunidade terapêutica ao mesmo tempo que Jackeline.



Título da reportagem sobre a morte de Milena no site do Intercept, publicada em 18/12/2023. Imagem: Reprodução

Era 30 de dezembro de 2021 quando Milena foi levada ao hospital pelo coordenador geral do Esdras, Kauê Dias, com intoxicação medicamentosa, insuficiência respiratória e marcas de agressão no corpo. A reportagem do Intercept aponta que Milena já chegou sem vida e nem deu entrada no hospital.

Jackeline relata que se lembra da noite da morte de Milena, mas só descobriu anos depois, pela internet, que ela, de fato, tinha morrido. Depois do desaparecimento, a equipe do Esdras informou às outras internas que Milena estava com a família. A jovem que morreu na CT chorava diariamente, segundo Jackeline, e sempre fazia as malas dizendo que iria para casa.

“A Milena contou para a mãe dela que estava apanhando, que estava sendo medicada. Lembro que eu estava fumando no pátio quando ela já passou sendo arrastada pelo Kauê e por mais uma funcionária de lá. Eles passaram já agredindo, batendo e levaram para o quarto do meio”, relembra Jackeline.

O Esdras era dividido em diferentes quartos e um deles era chamado de “quarto do meio”. Ele era o mais precarizado da comunidade terapêutica, segundo relatos. Lá, tinham goteiras quando chovia, era mais quente que os demais quartos e a descarga do vaso sanitário não funcionava. Quem não seguia as regras passava alguns dias dormindo neste quarto e ele também era usado para punições físicas, como foi o caso de Milena.

“Mandaram a gente ir para os quartos quando passaram com a Milena. Do quarto em que eu estava, dava para ouvir o quarto do meio. Ela ficou uns 20 minutos gritando ‘Socorro! Para’. Eu acordo às vezes com os gritos dela, com ela pedindo socorro. E ninguém podia fazer nada, porque a gente sabia que qualquer coisa que fizesse, ia ser mais uma lá. Até que cessaram os gritos e a gente ficou sem saber se tinham matado ela”, relata.

A investigação do caso ainda está em andamento e Kauê Dias foi preso preventivamente no dia 8 de abril de 2024 por ser um dos acusados pelos crimes ocorridos no Esdras e pela suspeita de envolvimento na morte de Milena.

Porém, as cicatrizes geradas pelos crimes cometidos na comunidade terapêutica ainda são sentidas por quem vivenciou a violência na pele. Para os pais da Milena e para o filho de 7 anos, fica uma perda irreversível. Para Jackeline e demais vítimas do Esdras, o trauma também assombra mesmo depois de sair da CT.

Jackeline ficou internada por três meses. Saiu antes do período estipulado por uma escolha da mãe, Cleide, que arcou com os custos de quebra do contrato. “Ela veio para casa muito abatida, parecia um zumbi de tanta medicação, mal falava”, explica a mãe.

Os advogados de Marcos Moglia e Talita foram procurados para esclarecer a posição dos donos da comunidade terapêutica que foram condenados. Marcelo Coneglian era o representante legal de Marcos no processo, mas afirmou não ter nada a declarar sobre o caso. Ele conclui com a informação de que não tem mais atuação nesse processo porque o cliente revogou todos os representantes e não está sendo orientado por nenhum profissional da área. O advogado de Talita, Tiago Miranda Cunha, foi contatado por e-mail, mas não se manifestou até o fechamento do livro.

O processo de Kauê Dias mostra que ele não tinha um representante legal quando foi preso. Na audiência de custódia, o juiz determinou um advogado da Defensoria Pública, João Henrique Azevedo Tassinari, na defesa de Kauê. No entanto, não foi possível conseguir contato com o defensor.

Infelizmente, a comunidade terapêutica Esdras não é apenas um caso isolado no Brasil. Em setembro de 2023, a CT Kairós Prime, localizada em Embu-Guaçu, no estado de São Paulo, foi interditada pela prefeitura após a morte de um interno de 38 anos, Onésio Ribeiro Pereira Júnior, que faleceu com sinais de espancamento.

Cinco funcionários foram presos pela morte do rapaz e, mais tarde, em outubro do mesmo ano, Ueder Santos de Melo, dono da Kairós, também foi preso. A morte de Onésio não foi a primeira nesta comunidade terapêutica. Em março de 2023, outro interno também morreu na unidade com marcas de agressão no pescoço.

O caso Kairós foi publicado pelo portal de notícias G1, assim como o fechamento de uma outra casa de recuperação em Itapevi, São Paulo, na qual havia comida racionada, um minuto para tomar banho e água suja para beber, segundo a matéria:

Cinco funcionários de clínica de reabilitação são presos suspeitos de matar interno em Embu-Guaçu, Grande SP

Caso foi registrado como homicídio, sequestro, cárcere privado e tortura na delegacia de Embu-Guaçu, interno tinha 38 anos.

Matéria do G1 sobre a prisão dos funcionários da Kairós, publicada em 26/09/2023. Imagem: Reprodução

Polícia pede prisão de dono de clínica clandestina e terapeuta em Itapevi, na Grande SP; pacientes relatam tortura

Polícia diz que 61 pessoas estavam internadas para reabilitação.

Matéria do G1 sobre fechamento de CT clandestina em Itapevi e prisão do dono do espaço, publicada em 06/02/2023. Imagem: Reprodução

O advogado de Ueder, Jean Braz, foi contatado por WhatsApp para prestar esclarecimentos sobre as acusações ao dono da comunidade terapêutica. Porém, após pedir documentação que comprovasse a produção desse livro-repórteragem, não voltou a responder às mensagens.

Eduardo Real, morador da cidade de Osasco, em São Paulo, tem 37 anos e faz parte do Movimento Nacional de Vítimas de Comunidade Terapêuticas, um coletivo de luta e acolhimento de pessoas que já passaram por CTs e tiveram experiências negativas, e da Frente Nacional pelo Fim das Comunidades Terapêuticas, um grupo de diálogo com o Governo Federal em busca de políticas públicas.

A história de Eduardo com o uso de substâncias, como o álcool e a maconha, começou ainda na adolescência, mas foi depois dos 20 anos que a dependência química em cocaína saiu do controle e ele decidiu pedir ajuda para a família.

“A minha família procurou tratamento no CAPS aqui de Osasco e não encontrou, porque o CAPS daqui é muito sucateado, ainda continua, e meio que funcionava como um balcão de internação. Então, apareceu um pastor que ofereceu a recuperação em uma comunidade terapêutica. Ele tem cinco CTs aqui na cidade. Esse pastor prometeu para minha família que ia me curar do vício e da homossexualidade e meus pais aceitaram”, explica Eduardo.

Ele passou 7 meses em tratamento na comunidade terapêutica desse pastor e conta que, entre todas as internações, essa foi a mais violenta. A violência começou no momento da internação. Eduardo relata que foi levado pelos pais a um posto de saúde para ser medicado e lá foi buscado pelo pastor e dois internos da CT em um processo chamado de “resgate”, que são as internações involuntárias.

Depois de internado, diversas agressões foram testemunhadas por ele: espancamentos, pessoas tendo o braço quebrado, dente quebrado, internos que tentaram fugir, mas foram espancados quando foram descobertos e pessoas que passavam fome como forma de punição.

A CT é localizada em Cotia, São Paulo, a 30 km de Osasco, e tinha cerca de 80 homens internados. O tratamento era pautado principalmente na espiritualidade, sendo obrigatório ir aos dois cultos evangélicos diários. Segundo o relato, as pregações nesses cultos eram feitas pelos próprios rapazes em recuperação. Além disso, um ponto em comum de todas as internações de Eduardo era a falta ou a precarização de um acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Foi depois de uma visita do pai de Eduardo à comunidade terapêutica que a família decidiu tirá-lo de lá, mas, devido ao trauma, após sofrer violência verbal, física e psicológica, Eduardo se afundou na dependência química novamente e, dessa vez, com o uso do crack.

Essa foi a primeira de 14 internações em comunidades terapêuticas. Embora em outras CTs a violência física tenha sido menos intensa, Eduardo diz que o tratamento com internação não conseguiu mantê-lo sem recaídas. Além disso, a maioria delas tinham discursos homofóbicos:

“Eles ficavam falando que ser homossexual é pecado e que Jesus ia curar a gente da homossexualidade. Falando que o que me tornou homossexual era o espírito da Pomba Gira e colocavam meu nome em oração. Por eu ser gay, eu sempre era colocado nos quartos com os idosos ou com deficientes. Eu nunca era colocado com a maioria dos caras, sempre era destacado”.

A recuperação de Eduardo só avançou quando ele começou um tratamento em liberdade no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em 2021. O tratamento é não medicamentoso, baseado principalmente na terapia com psicólogos e terapia ocupacional. Atualmente, ele está em abstinência.

Devido à experiência pessoal, Eduardo tem uma postura contrária ao modelo de comunidade terapêutica e foi isso que o motivou a fazer parte do Movimento Nacional de Vítimas de Comunidades Terapêuticas:

“A gente é egresso de novos manicômios. Passamos por situações que são muito relatadas nos manicômios mais característicos, como Barbacena. Passamos, nessa década, por coisas que relatam nesses lugares”.

O manicômio ao qual ele se refere é o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, que foi responsável pela morte de 60 mil pessoas entre as décadas de 1960 e 1980. A história dos horrores vividos por quem passou por essa instituição psiquiátrica ganhou forma no livro (2013) e documentário (2016) da jornalista Daniela Arbex, intitulados como *Holocausto Brasileiro*. No hospital, era comum o isolamento da família, as agressões, torturas, entre outras ações que vão contra os direitos humanos. Relatos como esses foram feitos por Eduardo em comunidades terapêuticas, o que o faz comparar o modelo de CTs a manicômios modernos.

Eduardo Real também aponta uma justificativa financeira para o funcionamento das comunidades terapêuticas. Para ele, o modelo de internação é lucrativo para os responsáveis das CTs:

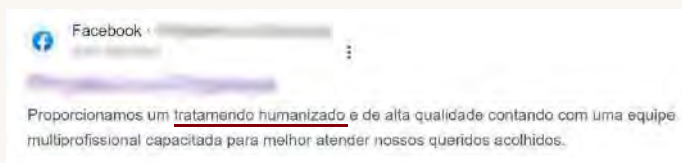
“Essas comunidades terapêuticas movimentam muitos milhões de reais e os donos de CTs não querem perder essa clientela para os CAPS, para os ambulatorios em hospitais gerais ou

estratégias de cuidado em liberdade. Eles querem a grana. E para ter essa grana, precisam manter as pessoas internadas”.

Quem tem uma visão semelhante à de Eduardo é Sônia Santos, uma mulher de 41 anos com síndrome de Borderline e dependência química de cocaína. Ela preferiu usar um nome fictício para preservar a identidade. Sônia começou a usar cocaína aos 20 anos e foi aos 26 que percebeu que não conseguia mais viver sem a substância.

Assim como Jackeline, Sônia também foi interna da comunidade terapêutica Esdras. Ela passou por 5 meses de tratamento na CT entre 2021 e 2022, mas defende que o período foi um pesadelo por conta das agressões físicas e psicológicas constantes. No entanto, o Esdras não foi a única experiência de Sônia com esse tipo de tratamento. Ela ficou outros 6 meses em uma comunidade terapêutica que prefere manter o nome privado, mas é localizada em Mairiporã, no estado de São Paulo.

A página do Facebook dessa CT promove o tratamento humanizado durante a recuperação, mas Sônia diz que se sentiu negligenciada ao ser amarrada como medida de contenção após uma crise de Borderline e tentativa de suicídio. Além disso, nesse tempo que ficou internada, passou por consulta psiquiátrica duas vezes e nenhum acompanhamento psicológico foi feito depois do episódio de automutilação.



Descrição da página da comunidade terapêutica no Facebook. Acesso em 07/05/2024. Imagem: Reprodução

Antes da tentativa de tratamento nas comunidades terapêuticas, Sônia passou por clínicas psiquiátricas com acompanhamento psicológico e psiquiátrico diário e as considerava positivas para a recuperação. Porém, ao ficar sem convênio, percebeu que o valor desses hospitais estava fora do alcance das condições financeiras dela:

“As clínicas psiquiátricas são muito caras para ficar internada no particular, sem ter um convênio. É cerca de R\$ 10 mil por mês. A comunidade terapêutica pareceu uma solução barata e boa, mas no final se tornou um pesadelo”.

Mesmo considerando as comunidades terapêuticas mais baratas que as clínicas psiquiátricas pelas quais passou, Sônia discorda dos valores cobrados nas CTs. Tanto no Esdras quanto na outra unidade, a média mensal cobrada era de R\$ 1.500.

“Essas comunidades terapêuticas estão sempre atrás de dinheiro, elas não têm uma busca pela melhora do paciente em si. Elas se aproveitam da fragilidade das famílias desesperadas com seus entes queridos, passando tantas dificuldades. Então eu sou contra todas elas”, diz Sônia.

...Ou recuperação, acolhimento e esperança?

Wellington Barbosa, morador de Serra, no estado do Espírito Santo, tinha 14 anos quando percebeu que sua mãe fazia uso de drogas. Ele acredita que ela começou a usar substâncias após a morte de uma das irmãs dele, o que causou um episódio depressivo na mãe. Wellington encontrava, às vezes, pinos de cocaína em casa. Portanto, esse ambiente de drogas, ainda que de forma disfarçada e escondida, era comum no cotidiano.

Ele colocou o primeiro cigarro de maconha na boca aos 17 anos, com um grupo de amigos que andavam de skate. A erva se tornou algo rotineiro para o Wellington e, aos 18, ele começou a fazer parte do tráfico de drogas do bairro. Até então, o jovem morava com a mãe, o padrasto e seus irmãos. Wellington recorda que, nesse período, era comum a mãe pedir para que fosse comprar cocaína para ela:

“Eu tinha vergonha de ir à boca para comprar isso porque pega mal, as pessoas começam a te desvalorizar, mas para minha mãe não ter que ir de madrugada, eu ia. Eu só comprava para ela, mas não gostava não”.

Porém, um acontecimento agravou a situação da família: a prisão de uma das irmãs de Wellington. Esse foi um balde d'água fria para a mãe, que entrou em uma depressão severa e aumentou o uso de substâncias. Foi nesse contexto que Wellington experimentou cocaína pela primeira vez.

“Eu inventei de usar como se fosse suprir alguma coisa na minha vida. Só que eu não sabia o quão grave era o vício em cocaína. Você não consegue usar só um ou dois dias, não consegue se controlar. Você perde a fome. Não te dá sono. Você só quer mais e mais”, lembra Wellington sobre a sensação do vício.

O uso de cocaína saiu do controle. Wellington começou a ter conflitos com a mãe, avó e padrasto, perdeu itens na boca de fumo, como uma bicicleta que tinha pegado emprestado, parou de andar de skate e perdeu um patrocínio que recebia no esporte. A vida do jovem desmoronou, mas muitas pessoas o incentivaram a buscar ajuda, embora, no início, ele tenha resistido até aceitar a ideia.

Wellington estava sem rumo quando se lembrou da casa

da avó. Ele foi até lá logo depois de perder a bicicleta de um conhecido para o tráfico. Buscava um lugar para ficar. A relação com a mãe e o padrasto já não estava das melhores por conta do uso de drogas, mas a avó não o atendeu. O jovem lembra ainda que pediu um prato de comida e não foi dado. Nesse momento, um vizinho que conheceu Wellington criança apareceu para oferecer ajuda e falou sobre uma comunidade terapêutica que conhecia, o Projeto Ame Mais Um, e o jovem aceitou:

“Ali eu já não tinha mais escolha, eu comecei a chorar. Ele começou a falar comigo sobre Deus. Eu estava sem chão. Se não fosse aquela oportunidade, eu não sei o que aconteceria. A solução era eu ir para lá. Cheguei em um estado bem crítico, estava descalço, com a camisa suja. O pastor que me recebeu disse que eu podia passar a noite lá. Eu jantei e, no outro dia, lembro que não me deu vontade de ir embora, até porque eu não tinha lugar para ir, então precisava ficar lá um tempo”.

O Projeto Ame Mais Um tem um viés religioso evangélico forte, segundo o jovem. Nas primeiras semanas, Wellington ainda não se sentia confortável para frequentar os cultos e diz que não entendia muito bem como funcionava uma igreja e a fé, mas o pastor da CT insistiu para que o jovem começasse a participar dos encontros religiosos. Nessa comunidade terapêutica, um dos principais métodos de recuperação, segundo Wellington, era a palavra de Deus. O pastor repetia que o que mudaria a vida das pessoas acolhidas com dependência química era a igreja.

“Nós vivíamos de palavra lá dentro. Quando a gente acordava tinha que ter o momento devocional. Durante o dia, tinha os horários de oração. Eu tive que me envolver naquilo. Depois de um tempo eu comecei a ir para a igreja e a querer andar de terno e gravata como os outros de lá. Demorou bastante,

mas eu aceitei Jesus. Geralmente, as pessoas lá da comunidade aceitavam em um mês, acho que eu levei quase três meses. Acho que é só Deus para nos libertar do vício”.

Enquanto esteve na comunidade terapêutica, o jovem diz que não sentia vontade de usar drogas. Ele se acostumou com a rotina da CT e, depois de 4 meses de internação, decidiu se batizar como evangélico.

Os acolhidos no Projeto Ame Mais Um frequentavam uma igreja ao lado da casa de recuperação, que fazia parte da comunidade terapêutica, mas também era aberta ao público geral do bairro. Portanto, era possível ter convivência com pessoas que frequentavam os cultos, mas que não estavam internadas na CT.

Foi frequentando a igreja que Wellington conheceu uma menina que, à época, tinha por volta de 15 anos. Ele começou a trocar mensagens com essa menina, visto que tinha acesso ao computador por conta de algumas atividades que realizava na igreja.

Não demorou até que Wellington decidiu sair da comunidade terapêutica para poder namorar com a garota — uma vez que as relações afetivas são proibidas na maioria das comunidades terapêuticas, como mostra o *Perfil das comunidades terapêuticas*, estudo feito pelo Ipea em 2017. Ele passou 6 meses no Projeto Ame Mais Um e os colegas tentaram convencê-lo de não abandonar o tratamento.

Fora da CT, ele começou a morar com uma irmã que também é usuária de drogas. Em um ambiente no qual era comum o uso de cocaína e com o término do namoro com a menina, em 2 meses Wellington teve uma recaída. Ele relata que voltou apenas com o cigarro e o álcool em uma tentativa de

se enganar, mas logo se viu usando cocaína de novo, todos os dias. “Sempre foi uma realidade dentro de casa, era mais difícil assim”, diz Wellington.

As brigas com a mãe, o padrasto e a avó voltaram a ser frequentes. O padrasto não queria mais receber Wellington em casa. Eles moravam em uma casa de aluguel e os donos do imóvel começaram a se queixar sobre a presença do jovem no lugar. Wellington ficou 6 meses afundado no vício, até que a avó encontrou um panfleto de uma comunidade terapêutica chamada Novo Amanhecer. Essa seria mais uma tentativa de Wellington se recuperar da dependência química e ele aceitou.

A Novo Amanhecer tinha sido fundada há poucas semanas. Apenas 3 pessoas estavam em acolhimento quando Wellington chegou. O fundador, Ítalo, garantiu ao jovem que teria comida, cama e um lugar seguro para ficar se aceitasse a internação na comunidade terapêutica. Novamente, sem ter outro lugar para ir, aquela era a melhor opção para o rapaz.

Wellington foi a primeira pessoa da Novo Amanhecer a concluir o processo de recuperação. Ele ficou na comunidade terapêutica por 9 meses e, durante o tempo de internação, foi convidado a se tornar monitor dos colegas. O convite chegou depois de 3 meses de acolhimento na CT. Ele afirma que, para ele, foi um sinal de que estava melhorando e um fator decisivo para se manter motivado a continuar o tratamento.



Wellington ao lado de colegas da Novo Amanhecer após um culto evangélico. Imagem: Reprodução/Instagram

Hoje, Wellington tem 21 anos e trabalha em um grande supermercado da região por indicação da comunidade terapêutica. Ele saiu da CT em fevereiro de 2024 e, desde então, diz que não sente mais vontade de usar drogas, mas que não acha que conseguiria ter essa evolução sozinho.

“Se a pessoa que é adicta falar que consegue parar o vício sozinha, não é verdade. Nada melhor para mudar do que conviver com outras pessoas que também estão tentando se recuperar. Eu vi que realmente foi uma mudança que Deus fez na minha vida”, diz o jovem.

Tanto na comunidade terapêutica Ame Mais Um quanto na Novo Amanhecer, há uma cobrança de mensalidade, mas Wellington explica que os pagamentos eram flexíveis e de acordo com a situação financeira de cada família. Nas duas, o valor original era de R\$ 500 quando ficou internado, mas alguns acolhidos não pagavam ou tinham desconto.

Na Novo Amanhecer, o valor pago pela mãe de Wellington era de R\$ 200 mensais, além de fazer doações de cestas básicas para os “alunos”, como são chamadas as pessoas em recuperação nessa comunidade terapêutica.

Quem também defende que a comunidade terapêutica foi decisiva para a mudança de vida é Giuliano Freitas, da cidade de Conselheiro Lafaiete, em Minas Gerais. Ele tem 45 anos e começou sua história com a dependência química aos 12.

Gil, que prefere ser chamado pelo nome artístico de cantor, teve os primeiros contatos com substâncias ainda dentro de casa, fumando cigarros e tomando bebidas escondido dos pais.

O primeiro contato fora de casa foi com a maconha e entre amigos, mas se recorda que não gostou. Ele experimentou outros entorpecentes durante a adolescência, mas foi aos 15 anos, depois da morte do pai, que acentuou o uso e se afundou na dependência química:

“Meu pai faleceu em 94. Ele era alcoólatra mesmo, bebia muita cachaça. Ele morreu enquanto eu buscava a última garrafa de pinga para ele. Foi um momento muito difícil, eu não consegui ir ao velório, nem ao enterro. Não consegui digerir muito bem meus sentimentos e isso ficou na minha vida por muitos anos. Eu segui usando drogas dos 15 aos 27 anos”.

Aos 27, Gil percebeu que tinha perdido tudo. Ele já não tinha mais uma boa relação com a mãe e a irmã. Vivia sozinho e relata que tudo que fazia era beber, fumar e usar drogas todos os dias. Foi quando decidiu buscar ajuda e conheceu a comunidade terapêutica Bom Pastor em 2006. Giuliano passou 3 meses em tratamento na CT, enquanto o período recomendado pela equipe era de 9 meses.

Mesmo com um tempo menor que o indicado, o músico defende que o tratamento fez diferença na vida dele. Ele conseguiu se afastar das drogas, recuperou o contato com a família, fez reformas na casa em que morava e conheceu a atual esposa, com quem teve dois filhos.

Tempo depois do aniversário de um ano da primogênita do casal, Gil tomou uma decisão que acabou com anos de sobriedade. Era uma tarde qualquer em que passeava com a esposa quando decidiu pedir uma cerveja. Afinal, apenas uma cerveja inofensiva não faria mal. No entanto, uma garrafa levou a outra e, segundo Giuliano, depois se viu usando cocaína algumas vezes escondido da esposa e da família.

Durante uma viagem da mulher em outubro de 2023, Giuliano aproveitou o tempo que estava sozinho em casa para usar mais cocaína. Ele passou 30 dias usando a droga diariamente e teve uma recaída forte, o que o levou a mais uma internação na CT Bom Pastor.

“Minha esposa e um amigo conseguiram uma vaga na Bom Pastor para mim. Eu fui meio que contra minha vontade. Eu achava que conseguiria solucionar somente com a ajuda psiquiátrica e psicológica porque eu já sei que o meu problema são os traumas que eu tive na infância. Eu tentei questionar isso com eles, mas eles bateram o pé e disseram que eu tinha que ir”, relembra Giuliano.

A frustração tomou conta de Giuliano por ter que voltar para uma CT e começar um tratamento do zero. Porém, o músico relata que, ao longo dos dias, conseguiu se adaptar e concluiu o período de recuperação internado na comunidade terapêutica:

“Aos poucos eu entrei na programação dos 12 passos, no

dia a dia da fazenda, fiz as terapias e tudo mais. Tivemos um seminário a respeito de drogas, que me fez entender bem as substâncias que eu usava, seminários de sexologia e inteligência emocional. Tivemos também momentos de espiritualidade, que eu gosto muito, e consegui ficar lá durante 6 meses, graças a Deus”.

Na Bom Pastor a rotina inclui quatro refeições, espiritualidade, reunião matinal, laborterapia, palestras, hora do lazer com esportes, reza do terço e estudos bíblicos. Às sextas-feiras, Gil relata que tinha uma sessão de filme com pipoca para descontrair os acolhidos. Ele parabeniza a programação da comunidade terapêutica, mas diz que teve dificuldade com algumas atividades da laborterapia — a terapia por meio do trabalho —, que eram muito diferentes da sua profissão de músico.

Atualmente, Gil voltou à rotina de shows e sente que concluiu mais um passo contra a dependência química:

“O sentimento que eu tenho é que eu venci essa etapa tão difícil da minha vida. A dependência química é uma doença que, se a gente não tomar cuidado, ela surge. Eu tive bem cedo, com 12 anos. Eu perdi minha capacidade de estudar, perdi minha capacidade de ler e minha escrita não é muito boa. Eu estou recuperando tudo isso agora. Tenho o sonho de fazer uma faculdade, então acho que o tratamento foi muito positivo para mim”, afirma.

Gil diz que, antes de ir para uma comunidade terapêutica, procurou ajuda no CAPS da região, mas não sentiu melhora porque, segundo ele, a unidade era precária, faltavam dinâmicas e o paciente passava muitas horas do dia ocioso. Depois de sair da Bom Pastor, ele começou terapia com um psicólogo particular, mas relata que a CT encaminha os acolhi-

dos para um psicólogo do SUS.

Luiz Fernando Ferreira, morador de Ouro Branco, em Minas Gerais, reconhece que sua história com a dependência química é diferente das estatísticas: tem uma família bem estruturada, recebeu uma boa educação em escolas privadas durante a infância e teve a oportunidade de trabalhar em uma relojoaria do pai. No entanto, Luiz acredita que a cultura de normalização das bebidas alcoólicas foi a porta de entrada para o vício em outras drogas:

“Eu comecei a beber entre os 13 e 14 anos, a partir daquela história de que está tudo bem experimentar álcool com a família. O álcool foi a porta de acesso. Logo depois eu tive contato com a maconha e, quando comecei a trabalhar e ter meu dinheiro, com 18 anos, comecei a usar cocaína. Ela foi aquela menina que brilhou meus olhos”.

A cocaína se tornou uma resolução de problemas. Quando se sentia triste, frustrado ou com qualquer sentimento negativo, uma carreirinha era o suficiente para transformar uma instabilidade emocional em euforia. O consumo frequente se manteve por 8 anos, que foi quando Luiz percebeu o estrago que estava sendo causado na própria vida e na dos familiares.

A primeira tentativa de tratamento foi em 2017, com acompanhamento psiquiátrico e psicológico, em liberdade. Para ele, o método não foi eficiente e Luiz continuou com o uso expressivo de drogas.

O segundo destino foi uma clínica a nível hospitalar em 2018, a Novos Rumos. Ele explica que essa clínica possui uma equipe de médicos 24h e trabalha com o método de Terapia Cognitiva Comportamental. Lá foi a primeira tentativa de trata-

mento em abstinência de Luiz, mas 40 dias depois de sair da Novos Rumos, ele teve uma recaída severa. Voltou para a clínica, mas não demorou até retomar o uso de drogas novamente.

O processo nessa clínica, segundo Luiz Fernando, foi positivo. Para o rapaz que hoje é terapeuta, o problema foi a falta de preparo dele para lidar com um tratamento.

No entanto, algumas avaliações da Novos Rumos na internet mostram um cenário diferente. Relatos como “esse lugar não deveria ser chamado de clínica e, sim, de presídio”, “faço tratamento para recuperar meus traumas da clínica”, “ficou na clínica por 7 meses e saiu pior do que estava” e “dentro dos portões, a realidade é outra” aparecem como denúncias entre os comentários.

Era 6 de outubro de 2021 quando Luiz Fernando deu entrada em um período de internação na Comunidade Terapêutica Bom Pastor. O pai, a mãe e a irmã já estavam exaustos em meio aos conflitos que a dependência química gerava. Solitário e frustrado com a vida que estava vivendo, ele sentiu que precisava tomar uma atitude para tentar mudar a própria realidade.

Embora fosse o primeiro tratamento de Luiz na comunidade terapêutica, não era a primeira vez que entrara em contato com a Bom Pastor. Seu pai, angustiado ao ver o filho no vício, já tinha tentado oferecer o formulário de entrada na CT antes, mas sem sucesso. Agora, sem outra esperança, Luiz foi buscar ajuda sozinho.

“A comunidade terapêutica me apresentou o que eu precisava. Eu entendi meu papel de cidadão dentro da cultura social e eu voltei a perceber os valores morais, sociais e espirituais que eu necessitava. O modelo tem o intuito de o cidadão

ser resgatado em todas as áreas da vida dele”.

Desde o tratamento na Bom Pastor, Luiz vive em abstinência. Quando se aproximou do fim do período de internação, começou a buscar cursos de monitor de comunidades terapêuticas.

Hoje, ele atua como terapeuta voluntário, acumula 10 certificados de cursos relacionados ao tratamento em comunidades terapêuticas e está cursando uma graduação em psicopedagogia. Embora o interesse pela área tenha aflorado durante a internação na Bom Pastor, a relação de Luiz com o trabalho em CTs é mais antiga. Em 2018, após sair da clínica Novos Rumos, o estudante atuou em uma comunidade terapêutica, mesmo nunca tendo acesso a esse modelo antes.

Ele relata que um de seus grandes prazeres na vida é acolher pessoas e, por isso, sempre admirou instituições de recuperação. Nessa primeira comunidade em que trabalhou, Luiz Fernando realizou inúmeros resgates de pessoas em vulnerabilidade, como ele mesmo define. A visão do terapeuta sobre esse tipo de prática é inversa à de Jackeline e Eduardo, que presenciaram e viveram experiências negativas com a internação involuntária dos resgates.

“Eu ajudo quem precisa ser ajudado”. Afirma Luiz, com orgulho.

Capítulo 2

POR DENTRO DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Há quem viveu o modelo de comunidade terapêutica e defende esse tipo de tratamento e há quem condena. As comunidades terapêuticas são instituições privadas que funcionam como residências coletivas temporárias.



Parte do espaço da Comunidade Terapêutica Bom Pastor, em Minas Gerais. Imagem: Reprodução

O espaço costuma ter ambientes parecidos com os de uma casa, mas funciona coletivamente, com quarto, banheiro, cozinha, refeitório e lavanderia. Além disso, deve ter sala de atendimento individual, áreas para a realização de oficinas de trabalho, atividades laborais e esportivas. Tais requisitos são definidos pela RDC Nº 29, de junho de 2011, criada pela Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), que é o órgão fiscalizador das comunidades terapêuticas.

O objetivo de uma comunidade terapêutica é tratar a dependência química por meio da abstinência total e das relações com outras pessoas que também estão em processo de

recuperação. Além da privação do uso de substâncias, o modelo tenta afastar o usuário das drogas com um novo estilo de vida. Portanto, muitas incluem atividades relacionadas ao trabalho e à espiritualidade na rotina de recuperação, por exemplo.

As comunidades terapêuticas não são um serviço de saúde e, portanto, não há a obrigatoriedade de ter profissionais como médicos, psiquiatras e psicólogos durante o tratamento. Elas são consideradas, segundo a Anvisa, como um serviço de interesse à saúde ou social. No Governo Federal, elas estão vinculadas ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

Clínicas de reabilitação X Comunidades terapêuticas

É comum a confusão entre as comunidades terapêuticas e as clínicas de reabilitação. Mesmo por hábito e pelo nome ser mais frequente no cotidiano, pessoas que estiveram em recuperação nas CTs chamam as instituições de clínicas. Porém, na prática, esses dois tipos de tratamento são diferentes e é importante separar as nomenclaturas para que não haja erro na hora de buscar ajuda.

De acordo com a Anvisa, o termo “reabilitação” é usado erroneamente para definir instituições ligadas à recuperação de pessoas com dependência química. A palavra é usada oficialmente para serviços de fisioterapia e, portanto, não é a melhor para falar de tratamentos de saúde mental.

Para a recuperação de pessoas usuárias de drogas, o órgão fiscalizador defende duas divisões: as comunidades terapêuticas e os serviços de saúde mental. A principal diferença

está no que é oferecido nos dois métodos. Enquanto as CTs focam na relação entre os pares, os serviços de saúde mental contam com profissionais de saúde qualificados e devem seguir uma série de legislações sanitárias específicas dos serviços de saúde.

Um exemplo de serviço de saúde mental é o CAPS, que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo da RAPS, segundo o Governo Federal, é articular diferentes pontos de atenção para acolher pessoas com problemas psicológicos, bem como, usuários de álcool e outras drogas, por meio de serviços fornecidos pelo SUS.



Evaldo Dutra, gerente de filiação da FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas), defende que boas CTs fazem parte da rede de atendimento para pessoas com dependência química e de nada adianta essas instituições tentarem prestar um tratamento sozinhas, sem integração com outros serviços.

“O programa de tratamento em uma comunidade terapêutica precisa ser organizado para fora [da CT], mantendo o vínculo com grupos de ajuda, Centros de Atenção Psicossocial [CAPS], CRAS [Centros de Referência de Assistência Social] aos que têm necessidades no âmbito da assistência social, acesso à rede de saúde UBS...”, explica o gerente da Federação.

Evaldo diz que, embora sejam tratamentos distintos, há um fluxo entre os serviços de saúde mental e as comunidades terapêuticas. Se os profissionais do CAPS entenderem que a recuperação em CT pode ser benéfica para um paciente, por exemplo, podem recomendar o serviço. Ao final do processo em uma comunidade terapêutica, a pessoa é encaminhada para continuar o atendimento em um serviço de referência do município, segundo o representante da FEBRACT. “Esse acompanhamento precisa ser feito antes, durante e após o tratamento”, complementa.

De acordo com a legislação, as comunidades terapêuticas só podem aceitar pessoas que tenham um encaminhamento médico que ateste que o paciente está apto para esse tipo de tratamento, mas a história é outra fora do papel. Experiências como as de Jackeline, Eduardo e Sônia mostram que muitas regras estabelecidas para o funcionamento das CTs não são aplicadas na prática. A falta de um atestado médico é, na verdade, só a ponta do iceberg de inúmeras outras violações da legislação que podem ser encontradas em algumas comunidades terapêuticas.

Modelo no Brasil é uma adaptação falha?

O modelo de comunidade terapêutica começou a surgir na Europa, na segunda metade do século XX, após a 2ª Guerra Mundial. O psiquiatra sul-africano Maxwell Jones começou a ques-

tionar as práticas tradicionais de tratamento psiquiátrico ao atender ex-soldados da guerra. Ele atendia pacientes com questões de saúde mental semelhantes, causadas pelo trauma da guerra, e começou uma abordagem de terapia em grupo como alternativa aos hospitais do período.

A proposta de Jones era promover um tratamento por meio da interação social e a auto-ajuda. A base era focada em abordagens educativas e discussões, dentro de um ambiente pautado por normas de convivência em grupo.

O psiquiatra defendia a ideia de que os pacientes deveriam ser participantes ativos no tratamento e teriam voz na tomada de decisão. Além disso, Jones reforçava a importância da reabilitação social e não apenas a recuperação dos sintomas psiquiátricos. Para o médico, era necessário desenvolver habilidades sociais e profissionais para buscar uma vida mais independente fora do hospital.

Enquanto Maxwell Jones desenvolvia suas ideias na Europa, a costa oeste dos Estados Unidos testemunhava o nascimento de Synanon, fundada por Charles Dederich em 1958. Chuck, como era mais conhecido, tinha dependência química em álcool e era um membro do grupo Alcoólicos Anônimos.

Ele começa a levar pessoas com dependência para o próprio apartamento, o que resultou na criação da Synanon. Pesquisadores de comunidades terapêuticas divergem sobre Synanon ter sido a primeira comunidade terapêutica da história. Para Pablo Kurlander, psicólogo especialista em recuperação de dependência química em CTs, Synanon foi o primeiro modelo residencial, mas não a primeira comunidade terapêutica.

O movimento de Synanon cresceu ao longo do tempo e Chuck comprou um hotel para expandir a instituição, mas o que

nasceu a partir de uma estratégia de tratamento baseada na abstinência, em um novo lar e na autoconfiança do indivíduo, se tornou, depois de alguns anos, um ambiente contrário a essa proposta. Há evidências de violência, humilhações e crimes similares aos que são denunciados em algumas comunidades terapêuticas brasileiras até hoje. O líder da Synanon, Chuck Dederich, chegou a ser preso e a instituição faliu em 1991.

Segundo Kurlander, a primeira comunidade terapêutica foi o DayTop Village, criada em Nova Iorque, no ano de 1963, por Deivid Deitch, ex-membro do AA (Alcoólicos Anônimos) e Synanon. Deitch se desligou da instituição de Chuck Dederich quando percebeu que o tratamento em Synanon estava sendo distorcido para um ambiente de opressão. A principal diferença entre as duas instituições, de acordo com o Kurlander, era que no Daytop Village havia equipes de profissionais multidisciplinares para a intervenção terapêutica.

No curso *Legislações de Comunidades Terapêuticas no Brasil*, Pablo Kurlander explica sobre a equipe de tratamento da Synanon: “Na Synanon, existia a ideia de que nada melhor para tratar um adicto do que outro adicto, baseada nos princípios do Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Isso é uma mentira. Eu já tirei o apêndice e não é por isso que eu posso operar o apêndice de outra pessoa. A experiência pessoal pode deixar o indivíduo mais empático, mas não é só isso que faz com que ele possa recuperar outras pessoas. É preciso ter conhecimento sobre o assunto e ser capacitado. Eu sou um dependente químico em recuperação há mais de 25 anos, mas não é isso que me deixou apto para trabalhar na área, eu tenho uma formação”.

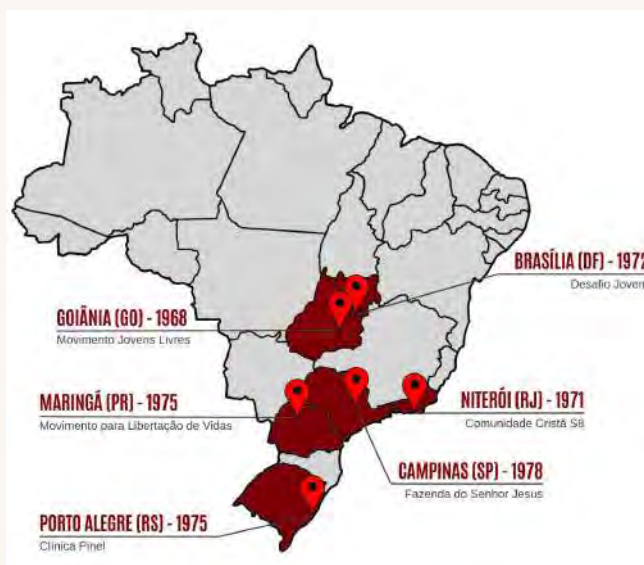
Ao ser fundado, o DayTop Village combinava a abstinência, a disciplina dos internos e as terapias em grupo e individuais. Hoje, o modelo tem diferentes unidades pelos Esta-

dos Unidos com enfoque na recuperação não só da dependência química, como também no tratamento psicológico de veteranos de guerra, pessoas em situação de rua em Nova Iorque, e idosos, por exemplo, o que o distancia do atual conceito brasileiro de comunidade terapêutica.

Enquanto isso, na Itália, Franco Basaglia liderou o movimento de reforma psiquiátrica nos anos 70. Kurlander defende que não é possível falar sobre CT sem passar pelo tema da reforma na psiquiatria. Basaglia tinha o objetivo de acabar com os manicômios do período e substituí-los por serviços comunitários de saúde mental, o que resultou na lei italiana Basaglia.

O psiquiatra italiano se inspirou no modelo do sul-africano Maxwell e realocou 80% dos pacientes de hospitais psiquiátricos em outros espaços de recuperação, entre eles as comunidades terapêuticas. Para essa reforma ser bem sucedida, foi preciso criar uma rede de tratamentos, treinar profissionais e, só depois, começou a se fazer essas intervenções nos hospitais. Ou seja, não foi um processo do dia para a noite, levou tempo para a profissionalização e criação de estratégias a fim de evitar abrir margem para novas formas de manicomialização.

No Brasil, os primeiros registros de comunidades terapêuticas são da década de 70, com CTs em Goiás, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, inspiradas pelo modelo de DayTop Village americano.



Fonte: NUTE-UFSC (2017) e Portal Aberta

Em entrevista ao portal Mad in Brasil, Manoel Olavo Loureiro Teixeira, que é docente e pesquisador na área de psiquiatria e saúde mental, afirma que as comunidades terapêuticas dos anos 70 eram clínicas privadas que buscavam modernizar os serviços. O objetivo era o afastamento dos manicômios e hospitais públicos do período, que, segundo ele, eram instituições de abandono dos pacientes.

O modelo de comunidade terapêutica ganhou força a partir de 1990 com um forte embasamento religioso. Segundo Teixeira, as instituições que surgiram no período eram quase todas de grupos católicos ou evangélicos, o que fazia com que a abordagem psicológica e psiquiátrica ficasse em segundo plano.

“Nos anos 2000, junto ao crescimento das igrejas evangélicas no Brasil, verificou-se uma grande expansão deste tipo de estabelecimento. Do ponto de vista de sua proposta de atendimento, as comunidades terapêuticas de orientação religiosa nada têm a ver com as comunidades terapêuticas de Maxwell Jones”, afirmou o pesquisador para o portal Mad in Brasil.

Em linha com Teixeira, o psicólogo Pablo Kurlander explica que um dos motivos para o surgimento das comunidades terapêuticas religiosas foi a forma como se deu a reforma psiquiátrica no Brasil. A Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, ou Lei Antimanicomial, e foi inspirada pelas iniciativas de Franco Basaglia na Itália.

Quando entrou em vigência, a lei tinha como objetivo acabar com os crimes cometidos contra as pessoas com questões de saúde mental, como os de Barbacena, e o fechamento gradual de manicômios e hospícios que existiam no Brasil. Kurlander critica que, diferentemente do modelo italiano, não houve a criação de uma rede de tratamento substitutiva.

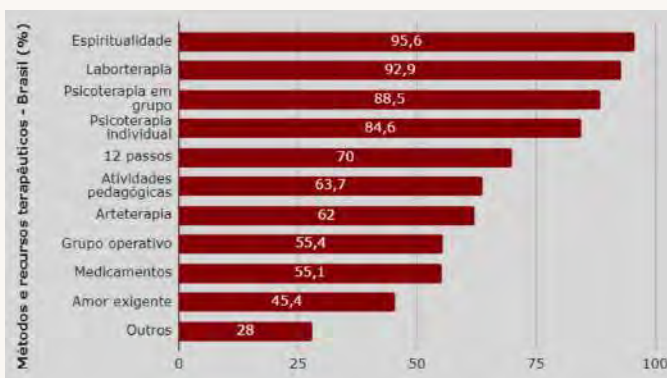
“As pessoas ficaram sem ter para onde ir e gerou esse ‘boom’ de grupos religiosos se organizando para acolher essas pessoas em comunidades terapêuticas. Naquele momento, essa organização não foi por interesse, foi para cuidar mesmo, mas, ao longo do tempo, esses grupos ganharam relevância política, bem como social, e começaram a surgir os problemas”, diz Kurlander.

Outro ponto crítico, segundo Kurlander, foi o público direcionado para as CTs nesse período. Devido à lacuna na rede de tratamento de saúde mental durante a reforma psiquiátrica, pessoas em situação de rua, com transtornos psi-

cológicos e idosos sem ter um lugar para ficar acabaram internados nas comunidades terapêuticas, o que, na visão do psicólogo e pesquisador, cumpre o mesmo papel dos manicômios.

A pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas*, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em 2017, mostra que o Brasil tinha cerca de 1.900 comunidades terapêuticas, 80% delas voltadas ao público masculino e 74,3% localizadas em áreas rurais. A estimativa atual da FEBRACT é de 5 a 6 mil CTs, com cerca de 80 mil pessoas em recuperação. Para efeito de comparação, dados do Governo Federal indicam que existem 2.855 CAPS pelo país.

Além disso, o levantamento do Ipea vai ao encontro da explicação do pesquisador e professor Manoel Teixeira sobre a vinculação da religião em comunidades terapêuticas, com mais de 95% das CTs tendo como principal fator terapêutico a espiritualidade.



Fonte: Perfil das comunidades terapêuticas, pesquisa realizada pelo Ipea (2017)

O segundo método mais frequente é a laborterapia, que é o uso do trabalho como forma de terapia. Entre as atividades cotidianas mais frequentes das comunidades terapêuticas, estão as relacionadas à laborterapia, com funções como a limpeza das dependências das CTs (95%), trabalhos na cozinha (89,5%), agricultura e pecuária (70,4%), produção de pães e doces (55,2%), trabalhos de construção civil (40,7%) e vendas de produtos (18,7%). Apenas 45,8% das comunidades terapêuticas oferecem atividades de qualificação profissional, segundo a pesquisa.

Ainda sobre a espiritualidade, 82% das comunidades terapêuticas se vinculam a alguma igreja ou vertente religiosa. A maioria delas é de origem cristã, com predominância das igrejas evangélicas pentecostais e católicas, que representam 39,7% e 27,1%, respectivamente.

Segundo o *Caderno da Defensoria Pública do Estado de São Paulo sobre Política de drogas*, o principal motivo para esse número expressivo de comunidades terapêuticas focadas na religiosidade foi o hiato entre o surgimento das comunidades terapêuticas no Brasil e a primeira legislação, que foi feita somente na década de 2000: “isso permitiu o aumento desordenado de organizações sem requisitos básicos (infraestrutura, profissionais, metodologia) para o funcionamento, além de abordagens pautadas notadamente nos pilares da disciplina, do trabalho e da religiosidade”, explica a publicação.

As regras no papel

A primeira legislação das CTs foi a RDC Nº 101 da Anvisa, de 30 de maio de 2001, promulgada pouco tempo depois da Lei Antimanicomial. Essa Resolução buscou estabelecer as exigências mínimas para o funcionamento das comunidades te-

rapêuticas do período e considerava as CTs como um estabelecimento de saúde.

Entre as regras, o regulamento definiu que os tratamentos só poderiam ser feitos com a voluntariedade do dependente químico e avaliação médica prévia. Além disso, pessoas com problemas de saúde como diabetes e hipertensão descontroladas, depressão ou sinais de tentativas de suicídio recentes, por exemplo, não eram autorizadas a buscar recuperação nesse tipo de serviço.

A legislação também detalhou a obrigatoriedade de liberdade religiosa, a proibição de punições físicas e psicológicas, a infraestrutura básica do local e a equipe necessária. No entanto, um ponto de atenção sobre essa RDC é a flexibilidade sobre o tempo de tratamento. A regulamentação não estabeleceu um limite de internação para a pessoa com dependência química e deixou esse fator a critério de cada instituição.

O monitoramento para saber se as comunidades terapêuticas estavam seguindo as exigências era de responsabilidade das secretarias de saúde estaduais e municipais, do Conselho Estadual de Entorpecente (CONEN) e do Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) de cada estado. A Resolução também incentiva as instituições a fazerem uma autoavaliação de seus serviços a partir de um Roteiro de Inspeção criado pelos órgãos de vigilância sanitária.

Mais tarde, a RDC Nº 101/2001 foi revogada e deu lugar à RDC Nº 29/2011. As principais alterações estão envolvidas na definição do serviço que é prestado em uma comunidade terapêutica. Se antes eram consideradas estabelecimentos de saúde, a partir da Resolução de 2011, as CTs passam a ser definidas como instituições de caráter social. Essa mudança reflete diretamente na capacitação da equipe de funcionários e na re-

lação com a rede de serviços de saúde, por exemplo.

ITEM	RDC 101/2001	RDC 29/2011
Responsável técnico	Profissional de nível superior na área da saúde e serviço social	Profissional e um substituto, sendo ambos de nível superior de qualquer área de formação
Prestação de serviços de saúde e relação com a rede de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de atendimento de saúde • Atendimento psiquiátrico periódico • Encaminhamento à rede de saúde em caso de intercorrências clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação de serviços de atenção à saúde da rede pública ou privada para os residentes • Mantido encaminhamento à rede
Infraestrutura	Necessidade de aprovação de projeto físico na vigilância sanitária e várias exigências para os ambientes, como: metragem, proporções e limite para número de residentes	Dispensa aprovação de projeto e exige infraestrutura compatível com número de residentes da instituição. Não estabelece proporção entre os ambientes e o número de residentes
Critérios de elegibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Veda a admissão de grau grave de comprometimento orgânico e/ou psicológico • Determina encaminhamento a outras modalidades de atenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Veda a admissão de pessoas que necessitem de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição

Tabela comparativa das principais alterações entre as Resoluções RDC da Anvisa para o regulamento das CTs. Fonte: Nota Técnica Nº 1/2011

A legislação mais recente das comunidades terapêuticas é a Resolução Nº 1, de 19 de agosto de 2015, do Conselho Nacional De Políticas Sobre Drogas (CONAD), que ficou conhecida como o *Marco Regulatório das comunidades terapêuticas* e tem o objetivo de ser um complemento à RDC de 2011.

Uma das principais contribuições da nova regulamentação foi a obrigatoriedade de criação do PAS (Plano de Atendimento Singularizado) para todo acolhido nas comunidades terapêuticas. Esse documento deve ser produzido entre a instituição e o interno e busca se assemelhar a um prontuário. O PAS deve ter todas as informações sobre a pessoa com dependência química, restrições sobre tipos de terapia e dados pessoais.

“Em uma comunidade terapêutica há alguns tipos de reuniões: reunião de 12 passos, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, reunião de prevenção à recaída e reunião de conhecimento de fatores de risco e fatores de proteção. Se um acolhido não se identifica com o grupo de AA porque já teve uma experiência ruim na vida dele, então não vai na reunião. No PAS, essa pessoa indica que vai participar das outras atividades”, explica o gerente de filiações da FEBRACT, Evaldo Dutra.

A ideia do documento é tornar a pessoa uma protagonista do próprio tratamento e evitar abordagens que não serão bem aceitas.

Além do PAS, o Marco Regulatório estabelece que todas as instituições devem registrar suas atividades junto à Secretaria de Saúde, Secretaria de Assistência Social e Conselho de Políticas sobre Drogas, todos em esfera municipal e estadual. As comunidades terapêuticas também devem, segundo a Resolução, atualizar, para o CONAD, informações com o número de vagas e perfil das pessoas acolhidas.

Os bastidores do tratamento

O crescimento das comunidades terapêuticas no Brasil se acentuou ao mesmo tempo em que foi criada a FEBRACT. A

organização privada foi fundada pelo Padre Haroldo Joseph Rahm, um dos primeiros a pensar no modelo de comunidades terapêuticas no país, e pelo professor Saulo Montserrat, em 1990.

De acordo com o site da instituição, o objetivo principal é “fortalecer, organizar, capacitar e assessorar as comunidades terapêuticas em todo o território nacional, além de atuar em parceria com o poder público na elaboração e execução de políticas públicas no que se refere à dependência química”.

A FEBRACT já teve 272 comunidades terapêuticas filiadas. Em comparação à estimativa de até 6 mil CTs no Brasil, a quantidade de filiações representa pouco mais de 4%. Para uma instituição ser filiada, precisa buscar a Federação, se adequar às normas para ser considerada uma CT de qualidade e pagar um valor de até R\$ 1.000 durante o processo.

O gerente de filiações, Evaldo Dutra, explica que cada comunidade terapêutica filiada tem autonomia para criar características próprias, mas todas de acordo com as normas vigentes e sem ferir os direitos humanos:

“Eu penso que nós, da FEBRACT, nos 34 anos de funcionamento, sempre priorizamos a melhoria da qualidade do serviço para a pessoa que está buscando o atendimento. Então, nós trabalhamos embasados cientificamente e com base na legislação vigente. Trabalhamos de acordo com as boas práticas, não só no Brasil, mas com as boas práticas no serviço de comunidade terapêutica mundial”, defende.

Evaldo, além de ser um dos representantes da FEBRACT, é um grande defensor do modelo de comunidades terapêuticas pela própria história. Assim como muitas outras pessoas que trabalham em atividades relacionadas ao serviço de CT, ele é um dependente químico em recuperação. Evaldo é incisivo ao

afirmar que, se não fosse pelo tratamento em uma comunidade terapêutica, seria bem improvável sair das ruas e, atualmente, participar de uma entrevista em nome de uma federação.

“Foi a porta que abriu, tratou com cuidado, respeito e dedicação”, relata.

A FEBRACT é a maior entidade representativa das comunidades terapêuticas no Brasil, mas não é a única. Existem outras como a FENACT (Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas, Espiritualidade e Ciência), FECTERS (Federação das Comunidades Terapêuticas do Rio Grande do Sul), além da CONFENACT (Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas), que reúne filiadas como a FEBRACT, a Cruz Azul no Brasil e a Fazenda da Esperança. Em âmbito internacional, há a FLACT (Federação Latino Americana de Comunidades Terapêuticas) e a WFTC (Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas). O objetivo principal de todas elas é organizar e incentivar esse modelo de tratamento.

No entanto, a filiação não é o único foco da FEBRACT. Desde que foi fundada, a Federação oferece cursos de capacitação para pessoas atuarem como profissionais em comunidades terapêuticas. Segundo Evaldo, mais de 50 mil alunos já participaram de alguma formação da entidade.

Luiz Fernando, que atua como terapeuta nas CTs, é uma dessas pessoas. Ele coleciona certificados dados pela Federação e planeja se inscrever em mais cursos. Para Luiz, esse tipo de capacitação o ajudará a cuidar de outras pessoas com dependência química de forma cada vez melhor.

A Comunidade Terapêutica Bom Pastor, localizada em Minas Gerais, nasceu a partir de cursos de capacitação da FEBRACT. Maria Célia, psicóloga e coordenadora do projeto des-

de que foi fundado, em 1999, explica que quando a Bom Pastor foi criada, não havia mecanismos de saúde mental como os CAPS. A cidade de Conselheiro Lafaiete, que tinha cerca de 40 mil habitantes, disparou no uso de álcool e drogas ilícitas à medida que começou a crescer depois da chegada de uma usina siderúrgica da Gerdau.

As lideranças da empresa e da igreja da cidade decidiram estruturar um espaço para o tratamento dessas pessoas e fundaram uma comunidade terapêutica que está em funcionamento até hoje:

“Não existia nenhuma regulamentação para as comunidades terapêuticas. Nós fomos fazer a nossa capacitação em Campinas, na FEBRACT, que era organizada pelo Padre Haroldo e a mais antiga de todas. Então nós fomos para lá nos capacitar”.

Uma crítica de Eduardo Real, representante do Movimento Nacional de Vítimas de CTs, se refere às capacitações da FEBRACT. Para ele, muitas comunidades terapêuticas deixam de ter profissionais qualificados com a justificativa de que têm monitores com diploma da Federação.

“Na maioria das comunidades terapêuticas que eu passei, nunca tive acompanhamento médico. Tinham pessoas que eram chamadas de terapeutas, que já tiveram problemas com o uso de drogas e fizeram um curso da FEBRACT. Essa maldita Federação dá um curso e o aluno se acha terapeuta. Nisso, as comunidades terapêuticas se sentem desobrigadas de contratar profissionais”, afirma.

Atualmente, além dos monitores certificados pela FEBRACT, a Comunidade Terapêutica Bom Pastor tem uma equipe grande de profissionais com pós-graduação na área de

dependência química, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, técnicos de enfermagem e psiquiatras que prestam atendimento, mas não é isso que acontece em todas as instituições.

A pesquisa feita pelo Ipea sobre o perfil das CTs compara a quantidade de profissionais com formação universitária e de monitores nos tratamentos. Enquanto o número médio de médicos é de 0,56 por CT, a quantidade média de monitores chega a 2,61 por comunidade terapêutica.

NÚMERO MÉDIO DE PROFISSIONAIS DE FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA POR CT			
Profissionais	Empregados	Voluntários	Total
Médicos(as)	0,48	0,64	0,56
Enfermeiros(as)	0,44	0,56	0,50
Psicólogos(as)	1,10	0,74	0,92
Fisioterapeutas	0,05	0,11	0,08
Terapeutas ocupacionais	0,43	0,58	0,51
Assistentes sociais	0,75	0,61	0,68
Professores(as)	0,38	0,86	0,62
Educadores(as) sociais	0,37	0,59	0,48

Fonte: Ipea (2017)

NÚMERO MÉDIO DE COORDENADORES E/OU MONITORES POR CT			
Profissionais	Empregados	Voluntários	Total
Coordenadores(as)	1,49	1,46	1,48
Monitores(as)	2,53	2,7	2,62

Fonte: Ipea (2017)

Cabe lembrar que as comunidades terapêuticas não têm exigência de profissionais da saúde no corpo de funcionários por não ser configurada como um serviço de saúde. Ainda assim, esse é um ponto de crítica de algumas pessoas que passaram pelo tratamento nesse tipo de modelo, como foi citado por Eduardo, Jackeline e Sônia em seus relatos pessoais.

Desde a criação, 1843 pessoas já passaram pela internação na Comunidade Terapêutica Bom Pastor. Luiz Fernando e Giuliano Freitas, que compartilharam suas experiências de tratamento em CTs, são exemplos de quem já concluiu o programa.

Na comunidade, Maria Célia diz que o tratamento é focado, principalmente, em entender a doença. O paciente passa pela fase de autoconhecimento e da conscientização da dependência química por meio de terapias em grupo, iniciativas de prevenção a recaídas, estudos dos 12 passos e treinamentos de habilidade social. Nos dois últimos meses, há a fase de reinserção social, em que o paciente começa a estabelecer um projeto de vida e reintegração à sociedade fora da CT.

A reinserção social também foi observada na Comunidade Terapêutica Novo Amanhecer, onde Wellington Barbosa passou 9 meses em recuperação. O atual trabalho do jovem, como funcionário de um supermercado da região, foi conquistado por indicação da CT Novo Amanhecer. Portanto, há um processo para ajudar pessoas que estão acolhidas a restabelecerem a vida fora dos muros da comunidade terapêutica.

Ítalo Thiago e sua namorada Rosana criaram a Comunidade Terapêutica Novo Amanhecer em 2023, a partir da experiência do próprio fundador em tratamentos para a dependência química. Ítalo passou por três CTs ao longo de 15 anos e, durante o período mais crítico da vida, chegou a morar na Cracolândia, em São Paulo.

“O que facilita o meu trabalho aqui na minha comunidade terapêutica são essas experiências que eu vivi. Eu não estudei, eu não estive dentro de uma sala de aula. Eu aprendi com a prática, eu aprendi com a vida. Minha experiência me trouxe um desejo de tirar pessoas de onde eu estive um dia”, diz.

Segundo Ítalo, na CT Novo Amanhecer, ele excluiu todas as experiências que só causavam revolta durante o tratamento dele, o que, na percepção do fundador, criou uma comunidade terapêutica ímpar. Como exemplo, cita punições físicas e psicológicas quando alguma regra era violada:

“Eu vi caso de alguém ser colocado para lavar um mês de vasilha ou cavar um buraco de dois metros quando aprontava. Na minha casa não existe isso, eu trabalho com a conversa. Se eu punir alguém mandando escrever um Salmo várias vezes todinho, eu vou fazer com que a pessoa pegue raiva da Bíblia. São coisas que para mim não têm nada a ver com recuperação e, sim, com ego dos líderes”.

O método de recuperação na CT Novo Amanhecer é, principalmente, religioso. São realizados dois cultos diariamente. O primeiro deles é um momento devocional todos os dias às 7h00, logo após o sol raiar. Cada pessoa assistida pode compartilhar alguma fala sobre a fé em Deus.

À noite, de segunda a sexta-feira, pastores de diferentes igrejas visitam a comunidade terapêutica para os cultos, que são de participação obrigatória para os acolhidos. Ítalo diz que o motivo de ter tantas igrejas vinculadas à CT está na dependência de ajuda: “Quanto mais igrejas me ajudam, mais qualidade tem no tratamento deles [dos acolhidos]”.

Capítulo 3

A DEPENDÊNCIA DA FÉ

“Senhor meu Deus, a ti clamei por socorro, e tu me saraste” (Salmos 30:2).

“Está alguém entre vós doente? Chame os presbíteros da igreja, e ore sobre ele, ungindo-o com azeite em nome do Senhor; E a oração da fé salvará o doente, e o Senhor o levantará; e, se houver cometido pecados, ser-lhe-ão perdoados. Confessai as vossas culpas uns aos outros, e orai uns pelos outros, para que sareis. A oração feita por um justo pode muito em seus efeitos” (Tiago 5:14-16).

“Cura-me, Senhor, e sararei; salva-me, e serei salvo; porque tu és o meu louvor” (Jeremias 17:14).

“Então a mulher, que sabia o que lhe tinha acontecido, temendo e tremendo, aproximou-se, e prostrou-se diante dele, e disse-lhe toda a verdade. E ele lhe disse: Filha, a tua fé te salvou; vai em paz, e sê curada deste teu mal” (Marcos 5:33-34).

“Ele é o que perdoa todas as tuas iniquidades, que sara todas as tuas enfermidades” (Salmos 103:3).

Esses trechos fazem parte de diferentes livros da Bíblia Sagrada, mas todos eles têm um ponto em comum: a relação entre a religiosidade, a fé e a esperança na cura de doenças.

Tais aspectos estão vinculados à vida humana desde que o homem é gente. Não é incomum presenciar, em casos de enfermidades graves como o câncer, por exemplo, pessoas apavoradas que buscam o acalento em uma figura divina, seja ela qual for. Ou mesmo em uma situação cotidiana, como um espirro seguido da reação rápida que diz “Saúde!” e tem como resposta um “Amém!”.

Desde as civilizações mais antigas, o hábito de vincular a

doença ao sobrenatural é muito presente. Nas primeiras cidades da Mesopotâmia, as doenças eram vistas como punições divinas ou influências de forças malignas por meio do contato com algum demônio.

A mestre em Letras, Marcia Lima Zollner Paes de Figueiredo, em sua dissertação *Doença e cura no Pentateuco e nos livros históricos: uma leitura à luz do Oriente Médio antigo* (2009), explica que nos textos mesopotâmicos, havia expressões como “a grande punição” e “a grande maldição” em referência às doenças. Uma das ameaças dessas maldições era cobrir o corpo do infrator de lepra, por exemplo.

Essas forças malignas eram consideradas as causas diretas das doenças e, nos tratamentos médicos, eram prescritas terapias específicas para sintomas causados por um determinado espírito.

Além disso, segundo Figueiredo, os registros do período também relacionam essas forças a uma ideia de submundo. Portanto, cabia aos deuses, considerando que a civilização mesopotâmica era politeísta, o papel de proteger o indivíduo das doenças.

“A relação entre a divindade e o homem pode ser descrita como paternalista: o homem obedece às prescrições morais e religiosas determinadas pelas divindades e estas, em contrapartida, serão favoráveis aos homens. Como recompensa não faltará alimento, não haverá infertilidade e não haverá doença”, explica Figueiredo.

A busca pela cura das doenças no período era de responsabilidade de dois diferentes profissionais que se complementam: o *ashipu* e o *asu*. O primeiro deles foca em intervenções sobrenaturais e, entre os tratamentos, havia os ri-

tuais, por exemplo. De acordo com o estudo, o *ashipu*, que era um sacerdote exorcista, diagnosticava qual demônio causou a doença a partir dos sintomas apresentados e curava o paciente a partir de poderes concedidos pelas divindades. Já o *asu* tinha uma função mais racional, farmacêutica e baseada em tratar o indivíduo por meio de plantas e minerais com propriedades medicinais.

Entre as divindades mesopotâmicas, havia a Gula, a deusa da cura e da saúde, além de ser a divindade protetora dos *ashipu*. Figueiredo explica que existiam vários templos dedicados à divindade, onde aconteciam rituais terapêuticos para a cura de doenças.

Os registros sobre a medicina na Mesopotâmia começaram a surgir em 2112 a.C., mas a relação entre religião, espiritualidade e doença não é uma exclusividade das civilizações mais antigas. Ao longo do tempo e, em diferentes lugares, essas conexões se moldaram, mas não foram abandonadas.

Na Grécia Antiga, antes das ideias de Hipócrates, as doenças também eram, assim como entre as civilizações mesopotâmicas, uma punição de um deus em relação a um mortal. Os tratamentos eram feitos nos templos de Asclépio, deus da cura, onde os doentes passavam a noite na esperança de receber uma melhora divina.

Séculos mais tarde, a relação entre religião e a ideia de cura foi intensificada na Idade Média. A medicina na Europa foi amplamente dominada pela Igreja Católica e as doenças eram frequentemente vistas como provações de Deus ou castigos pelo pecado. No estudo *Construção do saber médico na Idade Média e suas relações com os poderes instituídos* (2018), o historiador André Silva Ranhel explica que as enfermidades no período tinham um forte caráter moral e simbólico.

“As doenças eram relacionadas sempre a transgressões espirituais, sendo a lepra o maior exemplo: considerada como doença da alma, resultante de uma cópula nos dias de jejum e penitência (Quaresma, vigílias de dias santos etc.), se tratando, portanto, do produto de um pecado sexual. Dentro desse esquema de pensamento, segundo Jean-Claude Schmitt, a Igreja se considerava como a única capaz de fornecer a verdadeira cura, tanto da alma quanto do corpo”, diz.

De acordo com as pesquisadoras Andreia Carneiro-Carvalho e Isilda Rodrigues, no estudo *A peste negra e as crenças religiosas: Conflito Ciência e Religião* (2022), a Igreja Católica foi responsável por entravar o conhecimento médico da Idade Média ao defender que a cura era obtida por meio do perdão divino.

Durante a peste negra, momento no qual é estimado a morte de até 200 milhões de pessoas na Europa a partir do século XIV, o conhecimento sobre a doença era escasso e a ligação entre a medicina e a religião muito presente. Dado esse cenário, muitos europeus acreditavam que a doença estava diretamente relacionada aos pecados.

“Em face à recorrência da peste, os homens entregaram-se mais dóceis a certas crenças e práticas cristãs (Bastos, 1997). As pessoas começaram a ver na Igreja um refúgio e uma esperança para ultrapassar a doença e salvarem as suas almas (Follador, 2016). O caos e aflição resultante da peste, como esta sendo resultado da fúria divina, foi interpretado por muitos como uma premonição do fim do mundo (Quírico, 2021). A Peste Negra era vista do ponto de vista religioso como o resultado do pecado coletivo resultado das impurezas da sociedade (Bastos, 1997)”, explicam as pesquisadoras.

Ao longo da história humana, com a evolução do conhecimento científico, as abordagens médicas passaram a ser mais racionais e baseadas em evidências. No entanto, é inegável que a religião e a espiritualidade ainda exercem um papel importante na busca pela cura de enfermidades. Todo esse panorama histórico tem um objetivo: refletir sobre o protagonismo da fé em períodos de angústia e doença.

Hoje, no contexto brasileiro, as Igrejas Católicas têm a unção dos enfermos, um sacramento para ajudar doentes a superarem as dificuldades de uma doença grave, e as promessas para Deus em busca de recuperação. Nas Igrejas Evangélicas, há cultos especiais para acalantar pessoas com enfermidades e suas famílias. No Candomblé e na Umbanda, o orixá Obaluaê, também chamado de Omulu, é o responsável pela cura de doenças e conhecido como “médico dos pobres”, por ser a divindade dedicada a ajudar aqueles que precisam de alguma ajuda no campo da saúde física e espiritual.

Portanto, diferentes religiões têm, com características particulares, uma relação entre a fé e a recuperação de enfermidades. A dependência química, reconhecida como uma doença, está inserida nesse campo em que religiosos buscam uma resposta espiritual para a cura.

Na pesquisa *Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais* (2004), os autores Elder Cerqueira-Santos, Sílvia Helena Koller e Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira defendem que a busca pelo apoio religioso na cura de doenças também tem justificativa no sistema de saúde precário. Além disso, a fé se apresenta como um caminho alternativo quando a medicina não mostra uma saída que agrade ao ser humano.

“Tais igrejas apresentam-se como um mundo que acolhe e protege, oferecendo o que as pessoas procuram na

religião: atendimento das necessidades, sentido para a vida e controle do presente e do futuro. Essas igrejas vêm atuando, consideravelmente, no campo da saúde. Prometem curas e amparo emocional, assim como interferem na maneira como os fiéis encaram, elaboram e aceitam esse fato”, afirmam os autores.

Um dos problemas, segundo os pesquisadores, é o afastamento da linguagem científica para a população comum. O desconhecimento sobre termos médicos e o funcionamento de tratamentos comprovados faz com que as pessoas confiem em tratamentos alternativos que tenham uma abordagem “mágica”. As gotinhas das vacinas, por exemplo, se assemelham à água benta da Igreja Católica.

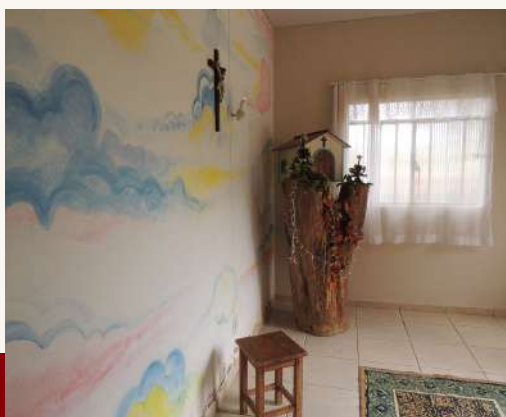
“O mundo tecnológico, que não dá explicações acessíveis para essas pessoas, torna-os habitantes de um mundo mágico, no qual a falta de entendimento científico da medicina pode ter a mesma lógica dos tratamentos alternativos”, explicam os autores.

Além de entender o surgimento da relação entre cura e fé e como esse vínculo se manifesta no cotidiano, é importante pensar na eficácia desse tipo de método durante os tratamentos de doenças. O Conselho Federal de Medicina (CFM) defende que a ciência e a medicina não são inimigas da fé.

Segundo o Conselho, a religiosidade e crença não são fórmulas mágicas, mas podem auxiliar o indivíduo a se apoiar em alguma coisa superior para superar causas, sintomas e consequências de uma enfermidade. “Não há que existir incompatibilidades entre a fé e a razão, entre a crença e o conhecimento científico, desde que respeitados os princípios básicos irrefutáveis da boa prática médica”, explica o CFM no parecer N° 2/11.

O psiquiatra Arthur Guerra, especialista em dependência química, defende que a dependência é uma doença crônica e multifatorial. Essas características fazem com que o tratamento tenha a necessidade de ser individualizado para cada um. Entre as abordagens mais comuns, estão as psicoterapias e os medicamentos, por exemplo, mas o médico explica que o que funciona para um paciente, pode não ser eficiente para outro. Guerra afirma que a religião por si só não pode curar uma pessoa com dependência química, mas pode ser um incentivo durante o tratamento.

“A espiritualidade (e a religiosidade) contribui muito para a saúde mental, porque nos ajuda a lidar com as situações difíceis da vida e traz conforto nesses momentos complicados, fortalecendo o nosso bem-estar, principalmente o psicológico. Também incentiva a autorreflexão e a busca de uma vida mais significativa a cada um de nós. Isso é essencial quando falamos em saúde mental”, explica o médico em sua coluna na revista Forbes, publicada em 2022.



Capela na Comunidade Terapêutica Bom Pastor, que tem base no Catolicismo. Imagem: Reprodução



Culto ministrado na Comunidade Terapêutica Novo Amanhecer, baseada nos princípios da igreja evangélica. Imagem: Reprodução

O psicólogo Pablo Kurlander possui uma visão semelhante à de Arthur Guerra. Para Kurlander, “a religiosidade e a espiritualidade são cientificamente comprovadas, aliadas importantes a qualquer tipo de tratamento, inclusive da dependência química”.

No entanto, segundo o psicólogo, há alguns fatores de atenção sobre esse tema: o primeiro deles, é que a adoção da espiritualidade e religiosidade deve ser voluntária e, no caso do segundo, é que tratamentos que utilizam esses métodos precisam respeitar as crenças e a cultura do indivíduo. “Senão acaba sendo um colonialismo. Não pode ser uma catequização como geralmente acontece”, afirma em referência aos tratamentos religiosos encontrados em algumas comunidades terapêuticas.

Em sua tese de doutorado, intitulada *Fatores associados à*

recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas comunidades terapêuticas (2019), Kurlander aponta outra problemática das crenças nas CTs. Algumas instituições, lideradas por grupos religiosos, defendem que a espiritualidade e a religiosidade são o fator principal de tratamento e, portanto, não há a necessidade de contratação de uma equipe qualificada em outras áreas, como a psicologia, a psiquiatria, assistência social, entre outras que são importantes na visão do psicólogo.

Kurlander já foi um participante da gestão do Programa Recomeço. O programa tem como foco a recuperação de pessoas com dependência química no estado de São Paulo. O psicólogo explica que, enquanto participou do projeto, a religiosidade fazia parte das comunidades terapêuticas contanto que não fosse obrigatória e os acolhidos pudessem participar da própria religião dentro e fora da CT durante o processo de recuperação: “Não era uma atividade do tratamento. Era uma ocupação extra para quem queria, se identificava e gostava. A religiosidade não deve ser uma coisa imposta”.

Ainda assim, ele diz que, de forma voluntária e respeitosa, a religiosidade pode ajudar não só no sentido de acolhimento e ter uma divindade para se apoiar durante o tratamento, mas também como um grupo social. Após o período de recuperação nas CTs, a religião pode ser usada como um instrumento de reinserção à sociedade. Ao participar de um grupo religioso, o indivíduo pode ter a ajuda de pessoas na ressocialização, na busca por emprego e em relacionamentos — como uma rede de apoio, segundo Kurlander.

É comum encontrar comunidades terapêuticas que tenham sido fundadas por pastores ou outras lideranças cristãs, tendo em vista que mais de 66% das CTs são vinculadas a igrejas católicas e evangélicas. A Fazenda da Esperança, por

exemplo, é uma das comunidades terapêuticas mais conhecidas no Brasil e tem forte ligação com a Igreja Católica.

A rede foi fundada na cidade de Guaratinguetá, no estado de São Paulo, em 1983 pelo Frei alemão Hans Stapel. Atualmente, a Fazenda da Esperança tem mais de 150 unidades espalhadas pelo mundo, sendo a maioria no Brasil.

Ao longo do tempo, a instituição se tornou um império. Além das unidades de recuperação de dependência química, a Fazenda tem venda de artigos com produção própria, produções audiovisuais, criação de livros e creches, por exemplo.

Alguns cliques no site da instituição já demonstram o forte viés religioso da comunidade terapêutica. Há frases como “a Igreja percebe que a mão de Deus conduz a Fazenda da Esperança” e definições sobre a CT como “um centro de recuperação para dependentes químicos que evoluiu para uma família espiritual formada no seio da Igreja Católica”. Além disso, entre os critérios para iniciar o tratamento, está a aceitação da prática da espiritualidade como metodologia e a abstinência total — inclusive de tabaco e relações sexuais.

A Fazenda também oferece “pílulas de fé”, gratuitamente, para pessoas que estejam com alguma enfermidade. Elas são chamadas de pílulas de Frei Galvão e devem ser ingeridas durante três diferentes dias em um período de novena. Elas surgiram, segundo a instituição, a partir das graças desse Frei na cura de doenças.

Portanto, é notória a participação religiosa nessa comunidade terapêutica e, devido à influência da instituição, pode servir como um reflexo de como as crenças se manifestam em algumas comunidades terapêuticas espalhadas pelo Brasil. Outro fator que evidencia a relação da Fazenda da Esperança com

a Igreja Católica aconteceu no dia 12 de maio de 2007, quando o Papa Bento XVI visitou a CT para conhecer o projeto de perto e demonstrar o apoio da Igreja sobre a metodologia adotada na rede.

Em entrevista ao G1 em 2023, o Frei Hans Stapel revela que, ao convidar o Papa para vir ao Brasil e conhecer a Fazenda da Esperança, ele foi questionado se a palavra de Deus basta para recuperar uma pessoa. A visão do Frei fundador da comunidade terapêutica e a resposta à pergunta foi “sim, basta”, contrariando o que diferentes psicólogos, psiquiatras e especialistas em comunidades terapêuticas defendem.

Outra rede de comunidades terapêuticas influente no Brasil é o Desafio Jovem. Ela foi fundada nos Estados Unidos, na cidade de Nova Iorque, na década de 60, e tem participação em mais de 90 países. No Brasil, cada unidade da rede tem um líder diferente e sua própria gestão, mas um ponto em comum é a ligação com a vertente religiosa evangélica.

Na unidade de São Paulo, localizada em Mairiporã, o fundador e presidente do Desafio Jovem é o pastor Rogério Silveira. Segundo o site da instituição, a comunidade terapêutica “tem por certo que os valores cristãos são os fatores evidentes do sucesso na vida dos residentes”. A metodologia descrita pelo projeto também demonstra o forte viés religioso, com aconselhamento pastoral, 14 lições de práticas cristãs e 12 passos cristãos entre as atividades realizadas.

O tratamento religioso divide opiniões entre quem já esteve em comunidades terapêuticas. De um lado, alguns relatam uma experiência positiva com a metodologia de espiritualidade e religiosidade, como é o caso de Wellington, Luiz Fernando e Giuliano. Na visão deles, a fé foi um suporte e uma forma de acolhimento durante a recuperação.

Ainda assim, esse processo de integração à religião nem sempre é rápido e natural. Wellington é um exemplo disso. Durante o primeiro tratamento em uma comunidade terapêutica, ele resistia à prática de ir aos cultos porque não se sentia à vontade. Aos poucos, se acostumou e gostou da igreja.

Na Novo Amanhecer, segunda comunidade terapêutica em que ficou internado, esse mesmo processo aconteceu com um colega. Em uma publicação no Instagram da CT sobre esse jovem receber alta, a descrição mostra que levou algum tempo para que ele se habituasse ao método religioso:

“Você achou que ia desistir. Teve dias em que jogou a Bíblia em cima do armário, pois você falava que foi ali pra parar de usar droga e não para virar crente. Foi passando os meses e, depois de um tempo, estava totalmente entregue ao Senhor, lendo a Bíblia, orando e cantando”, diz o post de março de 2024 no perfil da comunidade terapêutica.

Para outros, no entanto, a religiosidade como norteador do tratamento é uma ferramenta de opressão. Jackeline é um dos exemplos de pessoas que tiveram experiências negativas com a relação entre fé e recuperação.

Jackeline, que alega ter sofrido intolerância religiosa em uma comunidade terapêutica ligada à Congregação Cristã, defende que nas CTs há um processo de evangelização muito natural. Portanto, entende os motivos para muitos acolhidos se sentirem melhor com esse tipo de tratamento, embora tenha tido uma experiência contrária e traumática:

“Não é todo mundo que vai enxergar isso [a evangelização], principalmente quando o assunto é dependência química. Eles [as instituições] falam que Deus vai curar, mas na verdade é toda a estrutura durante o tratamento. As pessoas che-

gam e escutam que estão perdoadas por Deus de tudo que já fizeram na vida. É muito difícil se perdoar, então com a religião fica mais fácil", afirma Jackeline.

Capítulo 4

QUEM PAGA A CONTA

O pagamento do serviço de comunidades terapêuticas é um tema controverso. As CTs, hoje, podem ser sustentadas de diferentes maneiras: doações de terceiros, vendas de produtos criados pelos internos na laborterapia e mensalidade cobrada das famílias. Por fim, há uma outra fonte de recursos que gera discussões fervorosas no âmbito político e entre grupos que lutam pelo fim dessas instituições: o financiamento público municipal, estadual e federal.

A pesquisa feita pelo Ipea sobre o perfil das CTs no Brasil mostra o percentual de comunidades terapêuticas que recebem recursos de cada fonte. No entanto, cabe ressaltar que o levantamento é de 2017. Nos anos seguintes, houve um crescimento expressivo do dinheiro público disponibilizado para as instituições e os valores podem não estar sendo refletidos nessa estatística.

FONTES DE FINANCIAMENTO	%
Doações de pessoas que apoiam a causa	75,4
Contribuições voluntárias dos/as acolhidos/as ou suas famílias	66,6
Doações de igrejas e demais instituições religiosas	63,5
Pagamento dos acolhidos	46
Recursos próprios dos dirigentes da CT	44,7
Levantamento de fundos, através de festas, bingos ou sorteios	42
Financiamento do governo municipal	41,1
Doações de entidades privadas nacionais	33,9
Produção e venda de produtos feitos na CT	32,4
Financiamento do governo estadual	27,8
Financiamento do governo federal	24,1
Doações de entidades privadas internacionais	6,1

Fonte: Ipea (2017)

É comum encontrar nos sites das CTs uma área reservada para as doações. A Bom Pastor, por exemplo, recebe doações diretas de pessoas físicas por conta corrente, cartão de

crédito e boleto bancário. Além disso, entidades jurídicas, como empresas ou igrejas, podem fazer doações mensais por meio do apadrinhamento ou a partir do financiamento de algum projeto específico da instituição.

A Novo Amanhecer promove regularmente ações para a arrecadação de alimentos e doações para o funcionamento da comunidade terapêutica. As famílias de alguns acolhidos que não têm recursos para pagar a mensalidade doam cestas básicas para manter os internos da instituição.

A cobrança de mensalidade também é um método comum nesse tipo de tratamento, como mostra a pesquisa do Ipea, com 46% dos acolhidos pagando pela recuperação. Os valores costumam superar os quatro dígitos e, em muitos casos, ultrapassam o valor de um salário-mínimo todos os meses.

A internação de Jackeline Lopes no Esdras é um exemplo desses valores. O custo da mensalidade era de R\$ 1.400 — com uma taxa de matrícula de R\$ 1.650 — e gastos adicionais variáveis. Ao todo, a família de Jackeline gastava cerca de R\$ 2.000 mensalmente.

Eduardo Real, que foi internado 14 vezes em comunidades terapêuticas, explica que seus pais chegaram a pagar mensalidades de R\$ 1.500, além dos custos de cantina e outros serviços oferecidos separadamente: “Quando a gente entra em uma comunidade terapêutica, geralmente quem negocia os preços e pagamentos é a família com os donos. Muitas vezes a família é extorquida”, afirma.

Segundo Eduardo, as instituições comercializam produtos na cantina a preços maiores que a média do mercado com o objetivo de obter lucro. “Uma bolacha que custa R\$ 2, eles cobram até R\$ 6”, relata.

Além disso, outra medida que Eduardo se refere como uma extorsão é a cobrança para ir ao médico, como presenciou em uma das CTs na qual foi internado: “Eu peguei Covid dentro de uma comunidade terapêutica e os caras queriam cobrar R\$ 300 da minha família para me levar ao hospital”.

Na Comunidade Terapêutica Desafio Jovem, na unidade de Mairiporã, há o recebimento de doações aliado à cobrança de matrícula e mensalidade das famílias. Embora a instituição não divulgue os valores de internação, esses requisitos estão expostos entre o passo a passo para ser acolhido: “Sendo uma entidade filantrópica e sobrevivendo somente através de doações e ajudas das famílias, o Desafio Jovem de Mairiporã pede uma taxa de matrícula seguida de mensalidades para auxiliar em parte das despesas de internação. Também pedimos uma cesta básica de alimentos mensal”.

Entre as fontes de recursos das CTs está a criação e venda de produtos, com 32,4% das instituições utilizando esse método.

A moradora da capital paulista, Jéssica Araújo, que preferiu usar um nome fictício, está em um dia normal voltando do trabalho para casa. O trajeto é o mesmo de sempre. O tipo de transporte também, os ônibus metropolitanos. Ela relata que é comum, durante o caminho dela, entrarem pessoas no ônibus vendendo balas, chocolates ou pedindo alguma ajuda financeira, mas nesse dia específico dois vendedores captaram a sua atenção:

“Eram dois jovens com a camiseta da Manassés. Eles vendiam chaveiros e fones de ouvido. Os dois não eram de São Paulo. Um deles disse que era de alguma cidade do interior da Bahia e se mudou para o tratamento. Eles explicaram sobre a casa de recuperação, disseram que se recuperaram lá e parte do

trabalho era vender no ônibus para manter a Manassés. Eles também deram um folheto para quem quisesse procurar ajuda”, Jéssica explica.

A comunidade terapêutica que Jéssica cita é o Instituto Manassés. A instituição tem 10 unidades no país e uma delas é na cidade de São Paulo. Entre a metodologia de “desintoxicação” — como a CT define em seu site —, estão as atividades de laborterapia, a exemplo da atuação dos dois jovens vendedores nos ônibus da capital paulista. O Instituto Manassés foi procurado para compartilhar sua história, mas não se manifestou até a data de fechamento desse livro.

A laborterapia é um método bastante utilizado nas comunidades terapêuticas com o objetivo de disciplina, terapia e criação de hábitos saudáveis durante o tratamento. Ficam sob a responsabilidade dos acolhidos as atividades diárias da instituição, como a produção das refeições na cozinha e a limpeza dos espaços da unidade. Além disso, em algumas CTs como a Manassés, a laborterapia também é usada para a arrecadação de recursos por meio das vendas de produtos.

No entanto, segundo o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, publicado em 2018 por uma parceria entre o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), é necessário se atentar a esse tipo de atividade:

“Pareceu evidente às equipes de inspeção que o uso da ‘laborterapia’ busca, ainda, substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos internos — sem remuneração ou qualquer garantia trabalhista, em uma lógica de maximização do lucro”, afirma o documento.

O psicólogo Pablo Kurlander explica que há muitas lacunas na legislação para definir o que são as atividades de laborterapia. Essa inexistência de regras específicas sobre o método e a diferenciação entre terapia e exploração, abre espaço para algumas comunidades terapêuticas utilizarem o trabalho dos acolhidos apenas para economizar recursos e ganhar dinheiro.

Para o Relatório do CFP, MNPCT e PFDC, o trabalho, como é utilizado nas comunidades terapêuticas atualmente, não tem um sentido ético de cuidado de si. Além disso, não incentiva a criatividade, nem oferece capacitações e ferramentas para a reinserção dessas pessoas na sociedade quando finalizarem o período de tratamento.

Cifras dos cofres públicos

Outra fonte de recursos para as comunidades terapêuticas é o financiamento público. As verbas podem ser municipais, estaduais ou federais e o recebimento de valores de uma das esferas não proíbe que uma CT também receba de outra. Embora os dados do Ipea sejam de 2017 e não reflitam o aumento do dinheiro público nas comunidades terapêuticas nos últimos anos, ele mostra essa sobreposição de financiamentos do governo.

Segundo o levantamento, 8% das comunidades terapêuticas recebem verba dos governos federal, estadual e municipal. 56% das instituições recebem de, pelo menos, duas esferas do governo, sendo os financiamentos simultâneos municipais e estaduais os mais comuns.

A Bom Pastor é uma das comunidades terapêuticas que recebem recursos públicos para o funcionamento tanto da uni-

dade feminina quanto da masculina. Maria Célia, coordenadora da instituição, explica que há 12 vagas subsidiadas com recursos estaduais e 15 recebem financiamento federal.

“O governo abre o edital, coloca os critérios para a parceria e a gente [comunidade terapêutica] precisa fazer um plano de trabalho. Temos que falar com qual equipe vamos funcionar, que tipo de atividade vamos fazer, qual metodologia vamos utilizar e temos que enviar toda a documentação, que é imensa. A gente tem que ter alvará de funcionamento, alvará sanitário, alvará de corpo de bombeiro... A instituição passa no edital de acordo com o que consegue apresentar dentro das exigências”, explica Maria Célia sobre o processo para receber recursos públicos.

Segundo documento disponibilizado pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome via Lei de Acesso à Informação (LAI), 365 comunidades terapêuticas têm financiamento do governo federal em 2024, embora não estejam vinculadas ao SUS e ao SUAS.

No orçamento inicial do Ministério, R\$ 132 milhões serão destinados para essas instituições neste ano e, até o fim do mês de março, foram distribuídos R\$ 9,8 milhões. No mesmo período, mais de R\$ 52 milhões já foram destinados às comunidades terapêuticas por meio das emendas parlamentares, principalmente dos senadores Eduardo Girão (NOVO), Flávio Arns (REDE) — que também criou o projeto de lei que estabelece o dia 18 de agosto como o Dia Nacional das Comunidades Terapêuticas — e Eriberto Medeiros (PSB).

Segundo estudo da ONG Conectas Direitos Humanos em parceria com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), produzido em 2022, “as emendas parlamentares geram o provimento de um benefício direto (usualmente visível) do

gasto público para um determinado segmento da população. A execução de uma emenda pode contribuir para reforçar o vínculo do parlamentar com o seu eleitorado”. Nas CTs, os recursos das emendas são comumente utilizados para a aquisição de veículos, capacitação de profissionais de comunidades terapêuticas, manutenção das instalações e compra de materiais para as oficinas de laborterapia.

No entanto, os valores públicos destinados a essas instituições têm sido criticados por especialistas. O tema vem sendo noticiado na indústria jornalística brasileira, como a Folha de S.Paulo e o UOL:

Comparadas a manicômios, comunidades terapêuticas têm R\$ 56 milhões em emendas autorizadas pelo governo federal

OUTRO LADO: Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social diz que mantém controle rígido das entidades que prestam serviços de acolhimento e que têm contratos firmados com a pasta

Reprodução da matéria da Folha de S.Paulo sobre os valores das emendas parlamentares para as comunidades terapêuticas, publicada em 18/05/2024. Imagem: Reprodução

Emendas para comunidades terapêuticas crescem mesmo sem resultado atestado

Reprodução da matéria do UOL sobre o crescimento das emendas parlamentares para as CTs, publicada em 25/06/2023. Imagem: Reprodução

Sociedade

Brasil ampliou apoio a comunidades terapêuticas, criticadas por estudiosos

Reprodução da matéria do TAB UOL sobre o apoio do orçamento público às comunidades terapêuticas, publicada em 07/11/2023. Imagem: Reprodução

Marcelo Kimati, psiquiatra e cientista social, já atuou como assessor na Coordenação de Saúde Mental, do Ministério da Saúde. Kimati tem uma posição crítica em relação ao modelo de comunidades terapêuticas e explica que o financiamento público das CTs se acentuou à medida que o poder político dos grupos evangélicos cresce, com medidas como a criação de uma Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas.

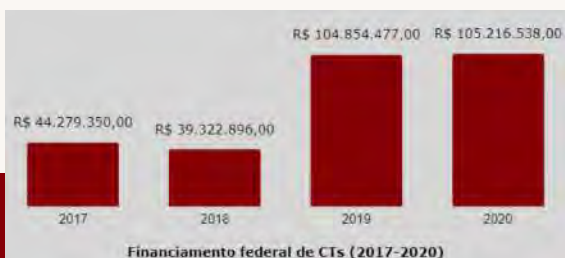
Segundo o pesquisador, o repasse do Governo Federal para essas instituições teve um “boom”, principalmente, a partir do governo do presidente Michel Temer (2016-2018) e cresce com Jair Bolsonaro na presidência (2019-2022). No entanto, foi ainda no governo da presidenta Dilma Rousseff (2011-2016) que começou a liberação de verba federal para o modelo de comunidade terapêutica.

No início dos anos 2010, sob o governo Lula (2002-2010), o Brasil enfrentava um aumento significativo no uso de drogas, especialmente o crack. Em resposta a essa crise, o Governo Federal lançou o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas*. Esse plano tinha como objetivo articular ações de prevenção, tratamento e repressão ao tráfico de drogas.

Já com Dilma na presidência, o programa *Crack, é Possível Vencer* foi criado em 2011 como parte do Plano Integrado e incluiu o modelo de CT entre os dispositivos do eixo de cuidado, como o Serviço de Atenção em Regime Residencial Transitório. A partir disso, as comunidades terapêuticas começaram a receber mais atenção no âmbito político como estratégia de recuperação da dependência química.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde criou a RAPS por meio da Portaria Nº 3.088 e as comunidades terapêuticas foram incluídas nessa Rede. Mais tarde, em 2012, foi publicada a Portaria Nº 131, que instituiu incentivo financeiro para os estados e municípios custearem Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as comunidades terapêuticas.

A transição para o governo Temer trouxe consigo uma intensificação do apoio às comunidades terapêuticas. Em 2017, houve um repasse federal de mais de R\$ 44 milhões para as CTs. O levantamento da ONG Conectas com a CEBRAP mostra que, entre 2017 e 2020, o Governo Federal liberou mais de R\$ 300 milhões para essas instituições de recuperação da dependência química. O valor do financiamento público no mesmo período salta para R\$ 560 milhões se considerados os recursos estaduais e municipais.



Fonte: ONG Conectas Direitos Humanos e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (2022)

Dados do Portal da Transparência do Governo Federal mostram que, em 2021, houve um repasse de R\$ 124,9 milhões do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para as comunidades terapêuticas. Em 2022, o valor foi de R\$ 172,5 milhões e, em 2023, primeiro ano do mandato do Lula, R\$ 174,9 milhões. Além dos financiamentos, em 2021, também foi sancionada a Lei Complementar Nº 187, que gerou imunidade tributária para as CTs.

No estudo da Conectas com a CEBRAP, é possível observar que, no primeiro ano de Bolsonaro como presidente, houve um aumento de 166% no valor dos recursos federais destinados às comunidades terapêuticas e o financiamento foi crescendo ano após ano de maneira expressiva.

Segundo Eduardo Real, militante contra as comunidades terapêuticas, o crescimento do dinheiro público nas CTs está relacionado a um lobby: “Essas instituições são ligadas principalmente à Igreja Evangélica e à Igreja Católica. Portanto, foi criado um lobby que colocou políticos com interesse nas comunidades terapêuticas dentro da Câmara Federal, do Senado e das câmaras municipais. O que a gente observa agora são esses atores participando do fortalecimento das comunidades terapêuticas em relação à Rede de Atenção Psicossocial”, explica.

Em concordância com Eduardo, Pedro Costa, membro do grupo Saúde Mental e Militância do Distrito Federal, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), defende que os valores destinados para as comunidades terapêuticas deveriam ser repassados para outros serviços da RAPS:

“Frequentemente, no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, ouvimos que as comunidades terapêuticas ocupam um espaço que não é preenchido pelos serviços substitutivos da RAPS, como os Centros de Atenção Psicossocial de

Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e Unidades de Acolhimento (UA), mas um dos motivos de não termos mais CAPS AD e UA é que o dinheiro que deveria ser repassado para a criação destes serviços está, na verdade, indo para as CTs”, diz Pedro, em coluna publicada em janeiro de 2024 no jornal Brasil de Fato.

A principal crítica de grupos contrários às comunidades terapêuticas sobre o financiamento público é pautada na escassez de evidências científicas sobre o modelo de comunidade terapêutica.

O Conselho Federal de Psicologia se mostra contra ao financiamento público desse modelo. Segundo o CFP, as CTs não realizam serviço no âmbito da assistência social, da educação ou da saúde e se contrapõem ao princípio da autonomia humana.

A conselheira Fernanda Magano, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), alerta que, para haver financiamentos público, não se pode existir violações de direitos como as verificadas em algumas comunidades terapêuticas: “Práticas que apresentem similaridades com os antigos hospitais psiquiátricos, como a falta de convivência familiar e comunitária, uso de trancas nas portas e imposição de crenças religiosas”, diz.

Outro foco de discordância é motivado por haver outras ferramentas de recuperação da dependência química vinculadas ao Ministério da Saúde e ao SUS que poderiam estar recebendo investimentos maiores. “Estamos falando em centenas de milhões de reais que saem dos cofres públicos para um serviço sem qualquer fiscalização ou controle social e cujos preceitos e metodologia não são, na maioria das vezes, alinhados à política universal do SUS”, afirma o Sindicato dos Psicólogos de São Paulo, no site da instituição, em maio de 2024.

Segundo o Governo Federal, em julho de 2023, o Ministério da Saúde ampliou em R\$ 414 milhões por ano os recursos destinados para todos os estados e Distrito Federal custearem serviços da Rede de Atenção Psicossocial. O repasse será direcionado para os 2.855 CAPS do país e para os 870 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias no ambiente urbano para pessoas portadoras de transtornos mentais graves.

“Essa iniciativa faz parte da reconstrução da política de saúde mental e da retomada do fortalecimento da rede. Nos últimos seis anos, a RAPS teve um dos mais baixos crescimentos na série histórica desde 2001, com queda nos repasses para custeio e novas habilitações. Tratar a saúde mental como eixo central e estratégico para o SUS é prioridade do Ministério da Saúde, que está alinhado com as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira”, afirma o Governo em publicação oficial.

Eduardo Real afirma que a RAPS, no cenário atual, é insuficiente para suprir as demandas de saúde mental no Brasil. Para o estudante, é mais fácil para o governo — tanto em esfera federal quanto estadual e municipal — investir nas comunidades terapêuticas para tapar o problema da dependência química, do que na Rede, que exige mais atenção e mão de obra qualificada.

Na visão de Jackeline Lopes, o financiamento público das comunidades terapêuticas reflete a negligência do Estado frente a grupos marginalizados. “Faz parte da necropolítica exterminar essa população. Geralmente são pessoas negras, pobres, que não têm direito ao acesso básico à saúde. Então a comunidade terapêutica ganha o subsídio e o governo se livra de um problema, que é um ser humano a menos enchendo o saco dele”.

Por fim, cabe ressaltar uma crítica feita pelo estudo da Conectas e CEBRAP sobre o financiamento público das comunidades terapêuticas entre 2017 e 2020. O relatório aponta a dificuldade de acesso aos dados sobre os valores do orçamento destinado à saúde mental. Segundo a pesquisa, há falta de visibilidade nas peças orçamentárias do setor, o que dificulta a análise sobre como os governos distribuem recursos entre as comunidades terapêuticas e demais serviços focados em saúde mental.

Capítulo 5

AS LIÇÕES DO MODELO

As discussões sobre as comunidades terapêuticas não se esgotam de forma simplista. Os aspectos a serem analisados são variados e, quando histórias de pessoas que já estiveram nessas instituições são expostas, como a de Jacqueline, Wellington, Eduardo, Luiz Fernando, Sônia e Giuliano, é possível observar as contradições desse modelo.

De ambos os lados, há pessoas que tiveram as vidas transformadas, mas não da mesma forma. Para alguns, a comunidade terapêutica foi uma salvação para a recuperação da dependência química. Para outros, só gerou traumas e novos problemas de saúde mental.

A efetividade desse modelo de tratamento divide opiniões, mas mesmo os defensores das comunidades terapêuticas reconhecem que há instituições que violam direitos humanos e devem ser punidas por crimes cometidos. Para Pablo Kurlander, essas CTs distorcem a essência da metodologia e configuram as “falsas comunidades terapêuticas”.

Promoção da desigualdade?

As pessoas que mais buscam tratamento em comunidades terapêuticas, segundo o psiquiatra Fernando Balvedi Damas, na pesquisa *Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social* (2013), são as que têm um padrão mais grave de dependência química e/ou questões sociais menos favorecidas, como: pobreza, menor grau de instrução, subemprego, desemprego ou baixa qualificação profissional, problemas comunitários e familiares, problemas com a justiça e baixo acesso a programas terapêuticos.

Para o psiquiatra e cientista social Marcelo Kimati, as comunidades terapêuticas não garantem princípios básicos pa-

ra essas pessoas, como o cuidado integral e a promoção da equidade — conceito que, de acordo com Ministério da Saúde, se refere a um conjunto de políticas no âmbito do SUS pensadas para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social.

“A comunidade terapêutica é uma promotora da desigualdade”, defende Kimati. Segundo ele, o desdobramento da dependência química envolve encarceramento, estigma, menor acesso ao mercado de trabalho, empobrecimento, contato com tráfico e violência policial, mas as comunidades terapêuticas não atuam para a transformação desta realidade:

“As comunidades terapêuticas inscrevem o usuário em um lugar social vinculado à instituição, que funciona como uma carreira [em crítica à condição dos monitores e conselheiros das CTs, que costumam ser pessoas que já foram acolhidas]. O papel da pessoa vai sempre ser de ex-viciado, ex-dependente, em uma condição que é reafirmada em sua vinculação institucional. As CTs constituem um subsistema de vincular o usuário de uma forma permanente, não oferecem uma alternativa de reinserção social”.

Sequestros disfarçados de resgates

Em 2019, durante o governo Bolsonaro, foi sancionada uma lei que permite a internação involuntária de pessoas com dependência química. A lei Nº 13.840 define que essa internação:

“I - Deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;

II - Será indicada depois da avaliação sobre o tipo de uso

e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;

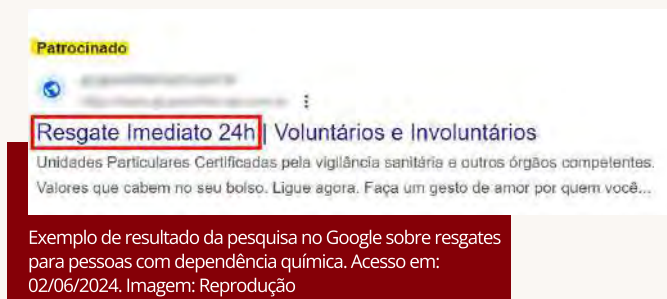
III - Perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;

IV - a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento”.

Mas o texto da legislação é incisivo ao proibir que esse tipo de internação seja adotado em comunidades terapêuticas, visto que o modelo de CT deve ser totalmente voluntário.

Ainda assim, não é exatamente essa a realidade de algumas instituições do país. Basta alguns cliques em ferramentas de pesquisa como o Google para encontrar comunidades terapêuticas que tenham os serviços de “resgate” ou “remoção”, como são chamadas as práticas de internar involuntariamente uma pessoa com dependência química a pedido do familiar.

Com uma busca do termo “resgate dependente químico”, é possível encontrar até instituições que fazem anúncios na plataforma sobre os resgates 24h:



Neste tipo de serviço, geralmente, a família liga para a equipe e paga um valor adicional para que um carro, van ou ambulância vá até o lugar combinado e busque a pessoa com dependência química. Para isso, são feitas contenções físicas, como o “mata-leão”, a amarra do indivíduo, ou contenções químicas por meio de remédios, como mostra o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, do CFP, MNPCT e PFDC.

Ainda de acordo com o Relatório, esse tipo de internação sem laudo médico, além de ser no modelo de CT, que proíbe o método, “poderia configurar crime de sequestro e cárcere privado qualificado, conforme o artigo 148 do Código Penal. Há ainda indícios de maus-tratos e tortura, nos casos de contenção mecânica ou química”.

Infelizmente, esse tipo de prática é muito comum entre as instituições que deveriam acolher pessoas em vulnerabilidade com dependência química. Pablo Kurlander afirma que, em seus estudos, viu que nenhum outro país do mundo tem a mesma quantidade de internações involuntárias nas “pseudo comunidades terapêuticas” — como ele mesmo define — como há no Brasil.

A justificativa para esses crimes ainda ocorrerem sem pressão pública, segundo o psicólogo, se ancora na cultura de que muitos acreditam que, ao tirar o dependente químico da sociedade, aumentará a própria segurança.

Além disso, Kurlander explica que existe uma indústria de resgates no Brasil. Muitos serviços de internação involuntária são terceirizados, de acordo com o pesquisador. Empresas de remoções funcionam como uma central conveniada a até 40 falsas CTs. O veículo busca a pessoa com o aval da família e leva até uma das comunidades terapêuticas, sem

nem saber qual é a procedência e qualidade do tratamento na instituição. “É um tráfico de pessoas”, diz Kurlander.

Brechas na legislação

Sequestros, exploração do trabalho, intolerância religiosa, violência verbal e física, impedimento de contato com a família e várias outras violações dos direitos humanos. Em síntese, essas são as principais críticas ao modelo de comunidade terapêutica no Brasil.

Evaldo Dutra, gerente de filiações da FEBRACT, e o psicólogo Pablo Kurlander, ambos defensores do modelo de comunidade terapêutica, assumem que o problema central para os casos de crimes em CTs é a falta de fiscalização adequada do serviço.

Atualmente, as comunidades terapêuticas são fiscalizadas pela Anvisa, a vigilância sanitária. Isso significa que quem avalia se o serviço prestado está de acordo com a legislação é o mesmo órgão que faz o controle sanitário de agrotóxicos, alimentos, cosméticos e remédios, por exemplo. Além da Anvisa, o Marco Regulatório das CTs, do CONAD, define que, em caso de vagas financiadas com recursos públicos, cabe ao órgão financiador monitorar o serviço prestado.

Para Kurlander, o problema começa antes mesmo das fiscalizações. Na visão do psicólogo, a legislação vigente para o modelo de comunidade terapêutica, como a RDC Nº 29/2011 e o Marco Regulatório, é insuficiente para garantir um serviço de qualidade.

“É uma legislação fraca, de faz de conta. Até existem leis, mas elas deixam em aberto os pontos mais críticos para permi-

tir que aconteça o que cada instituição quiser. Quais são esses pontos mais críticos? A religião sendo a única ferramenta em algumas comunidades, a falta de equipe multiprofissional que acaba gerando a exploração da mão de obra dos funcionários, a exploração na laborterapia e a institucionalização com tratamentos muito longos em que a pessoa não tem flexibilidade para sair”, explica o psicólogo.

O grupo Saúde Mental e Militância do Distrito Federal, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), tem crítica semelhante à de Kurlander de que a legislação das comunidades terapêuticas é fraca, mas, para o grupo, essa fragilidade não é à toa, como manifesta em uma publicação do Instagram:



Publicação feita no dia 21/03/2024 pelo grupo Saúde Mental e Militância do Distrito Federal que lista 8 motivos para ter opinião contrária à existência das comunidades terapêuticas. Imagem: Reprodução

Porém, mesmo com uma legislação fraca, Pablo Kurlander defende que, se o que há nas regras atuais fosse colocado em prática e fiscalizado de maneira eficiente, 80% das violações de direitos que acontecem em algumas comunidades terapêuticas acabariam.

Em linha com essa opinião, Evaldo defende que o que falta no Brasil são órgãos que fiscalizem os serviços pautados no conhecimento de comunidades terapêuticas: “Muitas instituições que descumprem a legislação até têm um alvará de funcionamento, mas a pessoa da vigilância sanitária que foi fiscalizar não conhece a legislação vigente. Então, precisa capacitar os profissionais de fiscalização para que eles reconheçam o que é um bom tratamento e o que descumpra o serviço de comunidade terapêutica”.

Outro fator que dificulta a legislação e fiscalização correta das comunidades terapêuticas, segundo Marcelo Kimati, é a lacuna de definição como instituições de assistência social ou saúde, discussão política que perdura há muitos anos.

“Existe uma desresponsabilização por parte do Estado na avaliação e fiscalização dessas instituições. Os mecanismos fiscalizadores permanentes, como a vigilância sanitária, são menos frequentes do que o desejado. Permanece um debate inócuo do quanto as CTs são serviços de assistência ou saúde e se devem ou não ser financiadas. Independente de qualquer resultado deste debate, que não avança há muito tempo, elas têm que ser fiscalizadas, taxadas e fechadas quando violarem normas”, defende Marcelo.

O gerente de filiações da FEBRACT, Evaldo, também ressalta a importância de denunciar comunidades terapêuticas que violem os direitos humanos e atuem em desacordo com a legislação: “Eu não posso fazer uma denúncia com relatos de ter-

ceiros, mas eu sugiro que pessoas que identificaram problemas relatem o que aconteceu”.

Em 2023, o Projeto de Lei Nº 1473/2023 foi publicado na Assembléia Legislativa de São Paulo (Alesp) com o objetivo de instituir o serviço de disque-denúncia das comunidades terapêuticas. No entanto, o PL, de autoria do deputado Eduardo Suplicy, foi vetado pelo governador Tarcísio de Freitas. A justificativa para o veto foi de que esse tipo de denúncia pode ser feito por dois canais já existentes: o Serviço de Denúncia de Violações aos Direitos Humanos (Disque 100) ou o serviço de denúncias anônimas, o 181, que também pode ser acessado online no estado de São Paulo.

Como buscar ajuda

As discussões sobre a qualidade e efetividade do tratamento de dependência química em comunidades terapêuticas são variadas. Há quem defende que as CTs são um modelo que funciona e deve continuar e há quem condena essas instituições e são a favor de um tratamento feito em liberdade, em serviços públicos de saúde.

Ainda existem poucos estudos no Brasil que avaliam esse tipo de método. Na visão do psiquiatra Fernando Balvedi Damas, as pesquisas que existem nesse sentido, mesmo no cenário internacional, são pouco relevantes e possuem limitações metodológicas. “Ainda não há evidência científica suficiente que apoie uma superioridade do método das CTs em relação a outras formas de tratamento, exceto se comparado a modelos carcerários (FIESTAS; PONCE, 2012)”, afirmou no estudo *Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social* (2013).

Em crítica semelhante, o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, do CFP, MNPCT e PFDC, denuncia que esse tipo de modelo não é formulado com base técnica, teórica ou científica, além de questionar a eficácia do tratamento.

O psiquiatra Paulo Amarante, presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), tem uma postura ainda mais dura em relação às CTs. É isso o que mostra a cobertura do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em dezembro de 2023. Para o pesquisador, as comunidades terapêuticas “não são nem terapêuticas, nem comunidades, nunca foram lugar de tratamento. São, assim como os manicômios, locais de sofrimento”.

Os grupos que se opõem ao tratamento em comunidades terapêuticas defendem que a pessoa com dependência química busque ajuda em serviços do SUS. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), por exemplo, afirma que o ideal é que o tratamento seja realizado em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua.

Ainda assim, segundo Marcelo Kimati, pesquisador que tem postura crítica às comunidades terapêuticas, os serviços da RAPS ainda são insuficientes para atender todas as demandas relacionadas ao uso de álcool e drogas e, portanto, é necessário aumentar os investimentos na área de saúde mental.

Por outro lado, o psicólogo Pablo Kurlander explica que as comunidades terapêuticas que aplicam o modelo de forma respeitosa podem apresentar bons resultados.

Kurlander reconhece que há poucos estudos que avaliam

a eficácia das CTs, mas na tese *Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas comunidades terapêuticas*, defende um levantamento que mostra alguns números a favor do modelo de CT. Entre eles, estão as chances 32% maiores de entrar no mercado de trabalho após o tratamento em comunidades terapêuticas de curta duração e 86% maiores de manter a abstinência depois de 12 meses, em comparação às residências terapêuticas.

O psicólogo também afirma que, independentemente do método de tratamento escolhido, é preciso pensar além da abstinência. Para Kurlander, focar apenas em tratar o consumo de drogas é diferente de entender a dependência química como um fenômeno social:

“É uma forma de a pessoa lidar com o sofrimento, que não necessariamente é só psicológico, é social também. O processo precisa ser muito mais focado na reinserção social e o tratamento de drogas é secundário. É como aquela analogia de que a droga é uma muleta. Se alguém só tirar a muleta de uma pessoa que precisa, vai piorar a vida dela. Primeiro, é preciso dar uma outra alternativa para essa pessoa conseguir andar”.

Para quem busca tratamento para a dependência química e quer optar por uma comunidade terapêutica, Pablo Kurlander cita alguns alertas. O psicólogo é apoiador do modelo, mas reconhece a quantidade expressiva de instituições com serviços negativos. Por isso, é necessário sempre desconfiar da instituição. A chance de ser um serviço ruim, de acordo com o pesquisador, é de 90%.

Além disso, é preciso evitar pesquisas em ferramentas como o Google. Os primeiros resultados costumam ser de comunidades terapêuticas que fazem anúncios pagos e, na visão

de Kurlander, a maioria delas não oferece um tratamento de qualidade. O melhor cenário é buscar apenas instituições a partir de referências de pessoas de confiança.

Outro caminho que é amplamente recomendado na área da saúde é ir diretamente às unidades de tratamento públicas, como o CAPS AD, focado no atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas. O Ministério da Saúde tem um mapa interativo no site oficial do órgão que auxilia na busca de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todo o Brasil:



Representação do mapa interativo de serviços da RAPS que pode ser acessado pelo site oficial do Ministério da Saúde. Imagem: Ministério da Saúde/Google Maps

Debater dependência química, políticas públicas, métodos de tratamento e direitos humanos possui inúmeras possibilidades. É inegável que as comunidades terapêuticas no

Brasil tiveram crescimento acelerado e hoje funcionam como um dos principais destinos de quem sofre com a dependência química e busca ajuda para se recuperar.

No entanto, não se pode ignorar os diferentes problemas que existem nessas instituições. Que sejam denunciadas, fechadas e punidas quando há violação de direitos como as vivenciadas por Jackeline, Eduardo e Sônia. E que possam, de alguma forma, cumprir o papel de acolhimento e recomeço como fizeram com Wellington, Gil e Luiz Fernando.

O cuidado com a recuperação da dependência química no país ainda tem um longo caminho a percorrer. Enquanto houver a normalização social dessas pessoas sendo segregadas, marginalizadas e ignoradas como seres humanos dignos de um tratamento respeitoso, mais casos que se assemelham a prisões continuarão existindo.

GLOSSÁRIO

Este glossário reúne os principais termos relacionados à saúde mental e dependência química que foram utilizados ao longo do livro. As definições foram reproduzidas de trechos do “Glossário de Álcool e Drogas”, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1994 e traduzido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em 2010. Há uma exceção entre as definições que não está no glossário da OMS, o conceito de Borderline, devidamente creditado na definição.

Abstinência

A abstenção do uso de droga ou (particularmente) de bebidas alcoólicas, por questão de princípio ou por outras razões. Quem pratica a abstinência de álcool é chamado de “abstêmio” ou “abstêmio total”. A expressão “atualmente abstinente”, frequentemente empregada em inquéritos populacionais, geralmente define uma pessoa que não ingeriu bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses; esta definição não coincide necessariamente com a descrição que o próprio indivíduo faz de si como um abstêmio.

Adicção a droga ou a álcool

O uso repetido de uma ou mais substâncias psicoativas, a tal ponto que o usuário (designado como um adicto) fica periódica ou permanentemente intoxicado, apresenta uma compulsão para consumir a substância preferida (ou as substâncias preferidas), tem grande dificuldade para interromper ou modificar voluntariamente o uso da substância e demonstra uma determinação de obter substâncias psicoativas por quaisquer meios.

Alcoolismo

Um termo antigo e de significado variável, em geral refere-se a um padrão crônico e continuado de ingestão de álcool, ou mesmo periódico, e que é caracterizado pelo comprometimento do controle sobre a ingestão, frequentes episódios de intoxicação e preocupação com o álcool e seu uso, apesar das consequências adversas.

Borderline

Distúrbio de personalidade caracterizado por mudanças súbitas e bem opostas, segundo definição do Hospital Albert Einstein. O Instituto Federal do Paraná afirma que é um transtorno que resulta na instabilidade em relacionamentos interpessoais, autoimagem, humor e comportamento, além de hipersensibilidade à possibilidade de rejeição e abandono.

Cannabis

Um termo genérico usado para denotar os vários preparados da planta de maconha (cânhamo), *Cannabis sativa*. Isso inclui a folha de maconha ou diamba (com variada sinonímia de gíria), o cânhamo-da-índia ou haxixe (derivado da resina dos extremos floridos da planta) e o óleo de haxixe.

A intoxicação pela cannabis produz sensação de euforia, leveza dos membros e geralmente retração social. Outros sinais de intoxicação podem incluir ansiedade excessiva, desconfiança ou ideias paranóides em alguns e euforia ou apatia em outros, juízo crítico prejudicado, irritação conjuntival, aumento de apetite, boca seca e taquicardia.

Cocaína

Um alcalóide obtido das folhas de coca (*Erythroxylon coca*) ou sintetizado a partir da ecgonina ou de seus derivados. A cocaína é um poderoso estimulante do sistema nervoso central, usado sem indicação terapêutica para produzir euforia ou “ligação”; o uso repetido produz dependência. A cocaína ou “co-ca” é geralmente vendida como cristais brancos e translúcidos, ou em pó (“farinha” ou “pó”), frequentemente adulterada com açúcares ou anestésicos locais.

Crack

O crack ou “pedra” é uma cocaína alcaloidal (básica), um composto amorfo que pode conter cristais de cloreto de sódio. Um efeito intenso ocorre de 4 a 6 segundos após a inalação do crack. Um sentimento de exaltação e de desaparecimento de ansiedade é vivenciado, junto com um exagerado sentimento de confiança e autoestima. A fala fica acelerada e pode se tornar desconexa e incoerente. Os efeitos agradáveis terminam em torno de 5 a 7 minutos, depois o humor rapidamente muda para depressão.

Desintoxicação

O processo pelo qual um indivíduo é afastado dos efeitos de uma substância psicoativa. A desintoxicação como um procedimento clínico implica que o indivíduo seja supervisionado até se recuperar completamente da intoxicação ou da síndrome de abstinência física.

Droga

Um termo de uso variado. Em medicina, refere-se a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças ou aumentar o bem estar físico ou mental; em farmacologia, refere-se a qualquer agente químico que altera os processos bioquímicos e fisiológicos de tecidos ou organismos. Na linguagem comum, o termo se refere especificamente a drogas psicoativas e em geral ainda mais especificamente às drogas ilícitas, as quais têm um uso não médico além de qualquer uso médico.

As classificações profissionais (por exemplo: “álcool e outras drogas”) normalmente procuram indicar que a cafeína, o tabaco, o álcool e outras substâncias de uso habitual não médico sejam também enquadradas como drogas, na medida em que elas são consumidas, pelo menos em parte, por seus efeitos psicoativos.

Recaída

O retorno ao uso de bebida ou de outra droga após um período de abstinência, frequentemente acompanhado pela reinstalação de sintomas de dependência. Alguns autores fazem distinção entre recaída e deslize, este último denotando uma ocasião isolada do uso de álcool ou droga.

Substância ou droga psicoativa

Uma substância que quando ingerida afeta os processos mentais, por exemplo, cognição ou humor. Esta expressão e seu equivalente, droga psicoativa, são os termos mais descritivos e neutros para todas as classes de substâncias, lícitas e ilí-

citadas, que interessam à política sobre drogas. “Psicoativa” não implica necessariamente produção de dependência e, no linguajar comum, é frequentemente omitido, como em “uso de drogas” ou “abuso de substâncias”.

REFERÊNCIAS

Estas referências reúnem parte da pesquisa para a produção deste trabalho. São materiais complementares sobre as comunidades terapêuticas que podem ser acessados na internet para conhecer mais dados e estudos relacionados ao tema.

ANVISA. **Perguntas e respostas – Comunidades Terapêuticas**. [S. L.]: Governo Federal, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2024.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de; BONI, Raquel Brandini de; REIS, Neilane Bertoni dos; COUTINHO, Carolina Fausto de Souza. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 17 abr. 2024.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; KOLLER, Sílvia Helena; PEREIRA, Maria Teresa Lisboa Nobre. **Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 82-91, set. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2024.

CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. [S. L.]: Conselho Federal de Psicologia, 2018. 173 p. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 7 abr. 2024.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras**. [S. L.], 2022. 61 p. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacao/financiamento-publico-de-comunidades-terapeuticas-brasileiras-entre-2017-e-2020/>. Acesso em: 27 abr. 2024.

DAMAS, Fernando Baveldi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v. 6, p. 50-65, 2013. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140376/comunidades-terapeuticas-no-brasil_expansao-institucionalizaca_8NQp7yT.pdf. Acesso em: 11 mai. 2024.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). **Relatório Mundial sobre Drogas**. Organização das Nações Unidas, 2023. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>. Acesso em: 9 abr. 2024.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasil: Ipea, 2017. 50 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 29 abr. 2024.

KURLANDER, Pablo. **Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas comunidades terapêuticas**. 2019. 208 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Unesp, Botucatu, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/181991>. Acesso em: 2 mai. 2024.

Ministério da Saúde. **Mapa interativo facilita pesquisa por serviços de saúde mental**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/12/mapa-interativo-facilita-pesquisa-de-servicos-de-saude-mental>. Acesso em: 26 mai. 2024.

SOBRE A AUTORA



Giovanna de Oliveira Figueredo nasceu em São Paulo, em 2002. Criada na periferia da Zona Sul da capital paulista, passou por toda a trajetória educacional em instituições públicas. Concluiu o ensino médio na ETEC Guaracy Silveira antes de chegar à Universidade de São Paulo para a graduação em Jornalismo. É apaixonada por assuntos de economia, investimentos, religiões e causas sociais de saúde mental.