

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS

CURSO DE PSICOLOGIA

ANA CAROLINA PINTO DE SOUSA

**A POLÍTICA DE DROGAS E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:
CONFLITOS ENTRE SAÚDE, JUSTIÇA E RELIGIÃO**

SÃO LUÍS,

2019

ANA CAROLINA PINTO DE SOUSA

**A POLÍTICA DE DROGAS E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:
CONFLITOS ENTRE SAÚDE, JUSTIÇA E RELIGIÃO**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia – Formação de Psicóloga.

Orientadora: Prof.^a Me. Lorena Rodrigues Guerini

São Luís,
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Pinto de Sousa, Ana Carolina.

A Política de drogas e as Comunidades Terapêuticas :
Conflitos entre saúde, justiça e religião / Ana Carolina
Pinto de Sousa. - 2019.

65 f.

Orientador(a): Lorena Rodrigues Guerini.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Comunidade Terapêutica. 2. Drogas. 3. Rede de
Atenção Psicossocial. 4. Redução de Danos. 5. Saúde
Mental. I. Rodrigues Guerini, Lorena. II. Título.

ANA CAROLINA PINTO DE SOUSA

**A POLÍTICA DE DROGAS E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:
CONFLITOS ENTRE SAÚDE, JUSTIÇA E RELIGIÃO**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia – Formação de Psicóloga.

Orientadora: Prof.^a Me. Lorena Rodrigues Guerini

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Lorena Rodrigues Guerini (Orientadora)

Prof. Dr. Ramon Luís de Santana Alcântara (UFMA)

Prof.^a Dr. Julia Maciel Soares Vasques (UFMA)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, a quem não tenho palavras para agradecer por ter me mostrado a importância da educação e por ser a pessoa que não pouparia esforços para me ver bem e realizada. Tudo que eu consegui até hoje é mérito seu.

À toda a minha família, especialmente meus irmãos Eline, Bibi e Larissa, por terem compartilhado o caminho até aqui, sempre com o apoio, incentivo e confiança que são necessários nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora Lorena, por todo o conhecimento compartilhado, incentivo, disponibilidade e paciência comigo nesse período. Tu tornaste esse processo de escrita muito mais fácil para mim.

Aos meus amigos da Psicologia-UFMA que caminharam até aqui comigo, pelas boas e más experiências vividas, eu sempre me senti em casa com vocês. Em especial à Mayla por toda a militância, ajuda, incentivo que me deu nessa reta final do curso, tu es um exemplo de pessoa e de profissional.

Aos meus amigos Karen, Vanessa, Douglas, João, Anna, Symon, Boaro, Isa e Leandro por terem me ouvido reclamar com tanta paciência e por terem tornado o meu último ano tão leve e especial. Tudo teria sido muito mais difícil sem vocês.

Às incontáveis pessoas que confiaram em mim ao longo da minha vida e me estimularam a seguir lutando, vocês fazem muita diferença.

RESUMO

Esse trabalho visa compreender o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, que são serviços em regime residencial para atendimento de usuários de álcool e outras drogas que têm por objetivo principal a obtenção de abstinência total por parte dos usuários, bem como analisar o papel dessas instituições ao longo da história da Reforma Psiquiátrica brasileira e na atual Política de Drogas. As CTs baseiam seu tratamento em métodos de disciplinamento, trabalho e espiritualidade, em sua maioria utilizam o método dos doze passos do AA e são geograficamente afastadas a fim de promover um ambiente supostamente seguro e protegido das influências externas consideradas negativas. Observamos que esse modelo se opõe ao preconizado pelo Ministério da Saúde desde a Lei da Reforma Psiquiátrica, de 2001, que prevê o tratamento em liberdade e utilizando os recursos do território de vida dos usuários, por meio dos equipamentos substitutivos como os CAPS, principalmente os CAPS ad para usuários de álcool e outras drogas, que utilizam a estratégia de Redução de Danos na articulação da rede de saúde para promoção de um atendimento integral a esses indivíduos. Apontamos as incoerências existentes entre os modelos preconizados pelo Ministério da Saúde e o adotado pelas Comunidades Terapêuticas, especialmente em 2011, quando por meio do Programa Federal “Crack: é Possível Vencer” da SENAD do Ministério da Justiça, as CTs começaram a receber verbas públicas para o tratamento aos usuários de drogas, principalmente de crack, sendo incluídas então como dispositivos oficiais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa inclusão está envolvida em diversas controvérsias, principalmente por ferir os princípios preconizados pela Política de Saúde Mental. Além disso, demonstramos como as Comunidades Terapêuticas vêm sendo constantemente denunciadas por violações de direitos humanos, como consta nos Relatórios de Inspeção do Conselho Federal de Psicologia e em diversas pesquisas acadêmicas.

Palavras-Chave: Comunidade Terapêutica; Drogas; Saúde Mental; Redução de Danos; Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This work aims to comprehend the functioning of the Therapeutic Communities, which are services in a residential regime of care to the users of alcohol and other drugs that have as main goal the total abstinence by the users, as well to analyse the role of the institutions throughout the history of the Brazilian Psychiatric Reform and Current Drug Policy. The CTs base their treatment on disciplinary, work, and spirituality methods, most of them use the twelve step method of AA and are geographically removed in order to promote a supposedly safe and protected environment from outside influences considered to be negative. We observe that this model opposes the one advocated by the Ministry of Health since the Law of Psychiatric Reform in 2001, which provides the treatment in freedom and using the resources of the territory of life of the users, through the substitutive equipment such as CAPS, mainly CAPS ad for users of alcohol and other drugs, who use the Harm Reduction strategy in the articulation of the health network to promote an integral care to these individuals. We point out the inconsistencies between the models recommended by the Ministry of Health and those adopted by the Therapeutic Communities, especially in 2011, when by the Federal Ministry of Justice's program "Crack: It's Possible to Win", CTs began to receive public funds for the treatment of drug users, mainly crack users, and then they have been included as official devices of the Psychosocial Attention Network (RAPS). This inclusion involves several controversies, mainly because they hurt the principles advocated by the Mental Health Policy. In addition, we show how the Therapeutic Communities are constantly being denounced for human rights violations, as shown in the Inspection Report of the Federal Council of Psychology and in several academic researches.

Keywords: Therapeutic Communities; Drugs; Mental Health; Harm Reduction; Psychosocial Attention Network.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipificação dos CAPS	25
Figura 2 – Distribuição de vagas em Comunidades Terapêuticas	32
Figura 3 – Práticas permitidas aos acolhidos em CTs	38
Figura 4 – Campanha de conscientização sobre crack	54

LISTA DE SIGLAS

AA: Alcoólicos Anônimos

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CEBAS: Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde

CFP: Conselho Federal de Psicologia

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CONAD: Conselho Nacional Antidrogas

CONFENACT: Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas

CT: Comunidade Terapêutica

ECT: Eletroconvulsoterapia

FEBRACT: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MJ: Ministério da Justiça

MS: Ministério da Saúde

NA: Narcóticos Anônimos

NAPS: Núcleos de Atenção Psicossocial

PLC: Projeto de Lei da Câmara

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RD: Redução de Danos

SENAD: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SPA: Substâncias Psicoativas

SRT: Serviços Residenciais Terapêuticos

SISNAD: Sistema Nacional Antidrogas secretaria Nacional Antidrogas

SUS: Sistema Único de Saúde

UA: Unidades de Acolhimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	17
CAPÍTULO 2: AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	28
CAPÍTULO 3: CONFLITOS PARADIGMÁTICOS ENTRE AS POLÍTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SOBRE O TRATAMENTO PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS.....	61

INTRODUÇÃO

Diante do considerável aumento do consumo de álcool e outras drogas nas últimas décadas, principalmente nos grandes centros urbanos, torna-se imperativa a discussão, revisão e ampliação do aparato científico e sócio-institucional para o enfrentamento do que se constitui como um dos principais problemas sociais e de saúde pública.

No Brasil, a partir da década de 80, com a redemocratização do país e em decorrência das intensas reivindicações de movimentos sociais ligados à garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, viu-se a consolidação de relevantes avanços para a Saúde Mental e a instituição de uma efetiva Reforma Psiquiátrica no país. Entretanto, seguindo as tendências de implantação de outras políticas sociais, a Reforma Psiquiátrica brasileira é marcada por contradições e disputas econômicas e políticas que fizeram com que os mecanismos preconizados pela lei nº 10.216/2001 fossem implantados de forma lenta e insuficiente, impossibilitando o integral atendimento aos portadores de transtorno mental, principalmente de usuários de álcool e outras drogas, que sempre estiveram sob o forte estigma moral, religioso e jurídico.

Com a aprovação da lei nº 11.343/2006 é permitido que instituições civis sem fins lucrativos de atuação no âmbito da saúde ou assistência recebam recursos financeiros do *Fundo Nacional Antidrogas*, abrindo precedente para que as Comunidades Terapêuticas (CT's) sejam inseridas oficialmente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e recebam investimento de órgãos estatais. Assim, as Comunidades Terapêuticas ganham expressiva relevância por abranger cerca de 80% dos atendimentos a esse público. Perrone (2014) afirma que, segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça, existem entre 2500 a 3000 CT's no Brasil, que atendem aproximadamente 60.000 usuários de álcool e outras drogas, onde apenas 132 dessas instituições estão vinculadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), sendo as demais ligadas a grupos religiosos.

No *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, publicado em 2018 pelo Conselho Federal de Psicologia há a argumentação de

que esse encaminhamento do destino das verbas federais para as CT's contribuiu para a deterioração das instituições previstas na lei da Reforma Psiquiátrica. Concordamos com tal elucidação na medida em que, recentemente a Portaria nº 3.659 de 14 de novembro de 2018 do Ministério da Saúde suspendeu o repasse de cerca e 77 milhões de reais para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, ou seja, suspendeu o repasse de recursos de equipamentos estratégicos previstos pela política de atenção à Saúde Mental, ao mesmo tempo que em outubro do mesmo ano destinou cerca de 90 milhões para a criação de vagas em 412 CT's que atenderão por volta de 28 mil usuários de álcool e outras drogas por ano¹. Essas informações deixam claro a prioridade que está sendo dada à expansão e estabelecimento de CT's e justifica o exponencial aumento do número dessas instituições no país.

Entretanto, os investimentos governamentais para as Comunidades Terapêuticas não se justificam do ponto de vista clínico e ético na medida em que estouram por todo o país sérias denúncias de descumprimentos das determinações do Ministério da Saúde para a Saúde Mental e de violações de direitos humanos como violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo religioso, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras , tal como consta no Relatório do CFP de 2018. Ademais, há uma completa ausência de embasamento científico que comprove a eficácia do tratamento fornecido por essas instituições, sendo que as críticas mais recorrentes sobre esse modelo dizem respeito ao fato delas estarem apenas reproduzindo os modelos asilares de reclusão, comuns nos modelos existentes no período de pré-Reforma Psiquiátrica.

Aliado a isso, temos o crescimento de uma ideologia política extremamente conservadora, religiosa, de caráter moralista e disciplinador no país, que ganhou rosto com a recente eleição presidencial de um candidato com

¹ Informação presente em matéria do Portal G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/google/amp/politica/noticia/2018/10/09/governo-anuncia-mais-3.395-vagas-em-comunidades-terapeuticas-para-acolher-dependentes-quimicos.ghtml>>.

discursos que colocam em xeque toda a organização de políticas sociais e assistenciais até então construídas, além de reafirmar a necessidade de exclusão e punição de populações “moralmente” marginalizadas, nas quais se incluem usuários de drogas que vivem sob forte estigma social. Assim, é necessário o fortalecimento e defesa das conquistas já adquiridas em contraposição às possíveis medidas retrógradas que vem sendo propostas, e que não raro, vem conquistando apoio de setores significativos da população e até mesmo das classes profissionais mais diretamente envolvidas na assistência a esse público, como os profissionais da saúde e educação.

A baixa produção acadêmica sobre o tema se reflete nos escassos títulos de trabalhos encontrados em portais especializados como Scielo e LILACS, nos quais parte significativa dos trabalhos é realizado por pessoas que defendem as Comunidades Terapêuticas e que, por vezes, exercem atividades em alguma CT, demonstrando claro conflito de interesses. Nos deparamos também com uma ausência de clareza e objetividade na definição dessas instituições e de sua atuação, sendo que Perrone (2014), Silva (2011), Boarini (2015) e Fossi e Guareschi (2015) recorrem somente a definição feita por De Leon em seu livro *A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método*, de 2003 e à vaga definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2011, a qual também recorre o Relatório do CFP.

Silva e Calheiros (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura referente as CTs feitas no período de 2005 a 2015 e confirmaram que houve uma baixa frequência de publicações, além de uma “grande omissão nas publicações acerca das metodologias de tratamento e intervenções empregadas nos tratamentos em Comunidades Terapêuticas”, chamando essa ausência de informações de “caixa-preta” (SILVA; CALHEIROS, 2017, p. 72). Ademais, observam também que há uma ausência de estudos continuados e repetição dos trabalhos nas bases de dados, uma vez que, em sua maioria, são categorizados na área da saúde.

Essa ausência também compareceu em minha formação acadêmica uma vez que não tive grande contato com a política de atenção para usuários de álcool e outras drogas, assim como tive poucos momentos para discussão do aparato institucional para a Saúde Mental de São Luís que, em geral, se

restringia ao conhecimento básico das instituições previstas em lei. Dessa forma, as discussões sobre as CT's durante a graduação foram mais sobre às controvérsias a seu respeito, o que explicitou diversas divergências entre os docentes do curso sobre o valor das CT's para a RAPS. Tal déficit me parece disfuncional com nossa realidade já que instituições desse tipo são as responsáveis pela maioria dos tratamentos a usuários de álcool e outras drogas do país, assim como os usuários desse serviço estão presentes em nosso cotidiano por conta, principalmente, da atuação de algumas CT's em transportes coletivos da cidade para arrecadação de fundos. Vale ressaltar que um dos possíveis fatores que leva a essa deficiência em minha formação diz respeito não apenas às CT's, mas a toda a área de políticas públicas para saúde mental, pois a grade curricular na qual minha formação está inserida é do ano de 1996, portanto anterior à Lei de Reforma Psiquiátrica do ano de 2001.

Por fim, cabe destacar que não há um oficial aparato fiscalizador das Comunidades Terapêuticas no Brasil como há para as outras instituições que integram a Política de Saúde Mental, cabendo apenas as determinações da ANVISA para tal e, nas pesquisas que realizei também não encontrei nenhum tipo de registro formal de acesso público à informações sobre as CT's que recebem financiamento público no Maranhão. Foi nessa perspectiva que o CFP realizou a inspeção de 2017, a fim de chamar atenção para todas as irregularidades que estão presentes em muitas dessas instituições e para todas as formas como elas podem pôr em risco o processo de Reforma Psiquiátrica.

Para investigar a atuação das Comunidades Terapêuticas para o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil e os impactos da sua inserção na RAPS frente às determinações do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça realizamos entre 2018 e 2019 um levantamento bibliográfico em portais especializados como Scielo e Lilacs, e também no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes, a fim de obtermos uma diversidade de produções acadêmicas acerca desse novo problema que, em articulação com o atual cenário político, vem se fortalecendo nas últimas décadas. Para análise do material obtido, recorreremos ao resgate de marcos regulatórios e histórico legislativo na área, além de utilizar entrevistas e relatos de usuários presentes em outros trabalhos já realizados nesse campo, a partir de uma análise de cunho

essencialmente qualitativo, que Minayo (2007) define como sendo o método mais adequado para a compreensão dos significados e representações das interações sociais que estão em “um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.” (MINAYO, 2007, p. 21).

Organizamos o trabalho em três capítulos que buscam contextualizar as políticas para a saúde mental no Brasil, explanar aspectos acerca da existência das Comunidades Terapêuticas e discutir sua relação com os setores de Saúde e Justiça no Brasil, enfatizando a construção da legislação sobre o tema.

Assim, no primeiro capítulo elaboramos um panorama histórico do tratamento em Saúde Mental no Brasil, que é composto por um modelo proibicionista, punitivo, de exclusão e marcado por relatos de violência, abusos e violação de direitos como os denunciados pela jornalista Daniela Arbex (2013) em seu livro “Holocausto Brasileiro”, que narra a absurda realidade do maior Hospício do Brasil, localizado na cidade mineira de Barbacena e que foi responsável pela morte de 60 mil pessoas. A fim de evitar a continuação desse modelo de encarceramento e garantir os Direitos Humanos básicos de pessoas portadoras de transtornos mentais e usuárias de álcool e outras drogas se estabelece a Reforma Psiquiátrica, que culmina com a criação do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com ênfase na adoção da estratégia de Redução de Danos.

No segundo capítulo há um resgate da história das Comunidades Terapêuticas no Brasil, que estão presentes no país desde o século XX e por muito tempo representaram as únicas possibilidades de tratamento para pessoas portadoras de transtornos mentais e usuárias de álcool e outras drogas com baixo poder aquisitivo, a descrição de suas características gerais e modelos de tratamento, que tem como prerrogativa básica o alcance de abstinência total de drogas e um forte caráter religioso e moralista que visa normalizar esses sujeitos para a vida em sociedade por meio da reclusão, disciplina, trabalho e espiritualidade.

Por fim, o terceiro capítulo discorre sobre os conflitos legislativos entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça e Segurança Pública que permitem a inserção das Comunidades Terapêuticas como instrumentos oficiais das

Políticas Públicas para usuários de álcool e outras drogas. Demonstramos como o MS prioriza a utilização da estratégia de Redução de Danos e o tratamento aberto em dispositivos extra-hospitalares para os usuários de álcool e outras drogas, enquanto o MJ, por outro lado, alega que as drogas são um problema de segurança pública e objetiva à extinção do consumo de quaisquer drogas ilícitas no país, legitimando à inserção das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial como dispositivos legais para tratamento a esses usuários, mesmo que as CTs não estejam dentro das determinações da Política de Saúde Mental.

1. A REFORMA PSIQUIATRICA E A POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A história da saúde mental no mundo é marcada por contradições e conflitos políticos que acompanharam os movimentos socioeconômicos da sociedade. No que tange à existência de um saber próprio e específico das 'ciências do espírito' convencionou-se que sua origem se deu entre o século XVIII para o século XIX, com a emergência do que seriam as sementes da Psiquiatria enquanto ciência e área de atuação. Segundo Foucault (1972/2005) a Psiquiatria em sua fase primária surge enquanto resposta às intensas modificações sociais ocorridas entre os séculos XVII e XVIII, que produziu a fissura fundamental entre a Razão e a Desrazão e culminou com o que ele chama de "grande internação" que objetivava excluir os loucos, desajustados e marginais de todo gênero do convívio social.

Resende (2000) por sua vez destaca que essa cisão social eclode como consequência da recente Revolução Industrial que modificou os modos de produção e ressignificou o trabalho, elevando o lucro e a produtividade à primeira instância de prioridade. Em consequência deste processo, grande parte da sociedade europeia não pôde ser absorvida pelo novo modelo e se manteve à margem do processo desenvolvimentista e, assim, as cidades viram o número de cidadãos ociosos crescer exponencialmente, conquanto havia uma escassez de mão-de-obra para as fábricas. Como forma de enfrentamento da questão social emergente, elaborou-se uma série de medidas legislativas que visavam o combate à mendicância e a vadiagem, categoria na qual os loucos foram incluídos.

As medidas legislativas de repressão se complementaram pela criação de instituições de correção e trabalho e os chamados hospitais gerais que, apesar do nome, não tinham qualquer função curativa. Destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral. (RESENDE, 2000, p. 24)

Assim, as forças sociopolíticas da época foram mobilizadas em torno da reorganização social para o trabalho, onde tentou-se captar o máximo de

indivíduos para o processo produtivo e todos aqueles que não estavam aptos ou dispostos a exercer as atividades industriais eram confinados nessas instituições a fim de serem punidos e/ou disciplinados para a vida na nova sociedade. Segundo Resende (2000), para os loucos o trabalho forçado compareceu como proposta terapêutica, o que justifica a criação de locais específicos ao tratamento dos doentes mentais principalmente pela laborterapia.

Serpa Jr. (1999) afirma que a crueldade e brutalidade com que os internos eram tratados nestas instituições criou um forte sentimento de medo nas comunidades próximas que passaram a crer que a loucura era transmissível por contato físico. Tal fato, acompanhado pela ascensão dos ideais iluministas fizeram com que a medicina se interessasse pela loucura enquanto fenômeno biomédico e, tão logo, havia instituições destinadas ao abrigo apenas de doentes mentais, agora separados dos outros desajustados sociais, e que doravante foram foco da intervenção terapêutica visando curar os enfermos da loucura.

Nesse cenário, Foucault (1972/2005), Serpa Jr. (1999) e Resende (2000) enfatizam a participação e destaque de Philippe Pinel que é, ainda hoje, considerado o pai da Psiquiatria e se tornou célebre ao propor o *tratamento moral* para os loucos, que posteriormente influenciaria os higienistas brasileiros, onde havia uma relação mais próxima dos internos com os cuidadores e se propunha a propiciar uma maior autonomia aos doentes. No entanto, a atuação de Pinel na Psiquiatria divide os autores que o consideram por um lado, como o revolucionário que proporcionou as bases para um tratamento mais humanizado, e por outro lado, os que consideram que o ato de Pinel desacorrentar os loucos fez com que apenas as amarras físicas fossem quebradas pela reforma, mas que em contraposição foram substituídas por amarras mais fortes e sofisticadas que são as da esfera moral e disciplinatória.

Corroborando com as críticas à atuação de Pinel, Serpa Jr. (1999, p.29) afirma que “o asilo é a forma mais perfeita de exclusão onde, libertado dos grilhões de ferro, o louco é definitivamente reduzido à condição de objeto. Objeto de um saber que doravante falará em seu nome”. Resende (2000) destaca que o “tratamento moral” de Pinel foi uma das principais influências do pensamento dos alienistas brasileiros que moldou a organização da assistência à saúde mental local. Contudo, no Brasil as condições que tornaram os loucos e

desajustados uma ameaça para a sociedade e para a economia não se relacionam com a emergência da Revolução Industrial, mas com as características essencialmente agrárias do país. A recusa local pelo trabalho braçal se dá por sua associação com a degradante atividade servil exercida pelos escravos, o que fez com que qualquer homem livre se recusasse a trabalhar em atividades que fossem consideradas “para escravos”, mesmo que bem remunerados, e aumenta o número de pessoas ociosas e “vadios” nas cidades. Em consonância com o processo que ocorreu na Europa e EUA séculos antes, são elaboradas medidas de enfrentamento a tais comportamentos, que visavam primordialmente a “limpeza” das cidades pela exclusão desses indivíduos da vida em sociedade e sua reclusão em prisões. Entre os alvos dessas medidas estavam também os loucos, que vinham sendo ignorados por quase trezentos anos. Portanto, o local delegado aos loucos em uma primeira fase de tratamento à questão da saúde mental no Brasil é junto a outros marginalizados em prisões, sob o punho de extrema violência, ou nas escassas vagas nas Santa Casa de Misericórdia, onde eram entregues para morrer de fome e maus tratos.

Com o fortalecimento das teorias eugenistas houve um fator que pesou contra os ditos doentes mentais brasileiros que diz respeito ao embasamento dado pela ciência, justificado por *taras hereditárias e tendências naturais* que deram margem para a exclusão de grupos sociais afetados por fatores estruturais e que foram por muitas décadas tratados por métodos higienistas. Resende (2000) afirma há uma unanimidade ao definir o marco institucional da Assistência Psiquiátrica no Brasil em 1852, com a criação do Hospício Dom Pedro II no Rio de Janeiro. Logo da sua instituição pode-se notar tendências no modelo psiquiátrico que viriam a perdurar por muito tempo no país, como o fato das instituições serem construídas sempre em locais remotos, de difícil acesso e afastados das cidades, sob o argumento da necessidade de promoção de um ambiente calmo aos doentes. Também em consonância com o processo ocorrido na Europa e inclusive utilizando-se das teorias de Pinel, que defendiam que em instituições onde os internos eram obrigados a trabalhar para pagar sua estadia a recuperação das enfermidades era mais eficiente do que nas instituições para pessoas abastadas que nada faziam. Então, o trabalho foi utilizado como método

terapêutico pelos alienistas brasileiros, o que culminou com a existência de grande número de Colônias Agrícolas, ou seja, fazendas de reclusão que visavam fornecer tratamento aos doentes mentais e a possibilidade de reinseri-los na comunidade e nos processos produtivos através da execução de trabalhos agrícolas que objetivavam reproduzir o estilo de vida das comunidades rurais, tidas como mais saudáveis.

Tal contexto de exclusão, violência e práticas terapêuticas poucas efetivas se mantém até meados de 1964 quando se institui o que Resende (2000) denomina de *Psiquiatria de Massa*, por atender a setores cada vez maiores da população e adquirir o status de prática assistencial para trabalhadores e seus dependentes no âmbito da saúde mental.

As modificações ocorridas no sistema da assistência em psiquiatria no período seguinte a instituição do regime militar não surge apartada de questões econômicas, mas vincula-se às propostas político-econômicas do governo no que tange à tendência a privatizações. Nesse sentido, há um grande aumento na contratação de leitos em enfermarias de hospitais privados para demandas psiquiátricas cujas internações mais que dobraram em um período de cinco anos, enquanto as internações em hospitais públicos no mesmo período se mantiveram estáveis. Além disso, houve também uma modificação na nosologia dos pacientes atendidos por essa rede, que passa a incluir os alcoolistas como um dos grupos de usuários mais expressivos. Resende (2000) discorre sobre esse movimento que ficou conhecido como indústria da loucura ao afirmar que:

Não é exagerado admitir que o primeiro quinquênio pós-revolucionário se caracterizou por uma nítida tendência ao privilegiamento da função produtiva da psiquiatria, e é bastante significativo o fato de ter ocupado o ministério da Saúde do Governo Costa e Silva um dos maiores representantes da indústria hoteleira psiquiátrica. (RESENDE, 2000, p. 62).

O autor ainda inclui que essa fase de relativa prioridade dada aos serviços psiquiátricos se encerra em meados de 1974 com o fim do milagre econômico e a acentuação de problemas sociais, principalmente relativos ao adoecimento e acidentes de trabalho que faz com que os militares voltem sua atenção para outras áreas da saúde, com o objetivo de não perder apoio popular.

Pitta (2011) colabora para a discussão acerca da construção de políticas para a Saúde Mental no Brasil ao defender que foi no fim dos anos 70, com o enfraquecimento do governo militar e início do processo de redemocratização do país que grupos sociais críticos do modelo asilo-manicomial prevalente em todo o território nacional ganharam força, visibilidade e, caminhando junto com a Reforma Sanitária e outros movimentos sociais, puderam impulsionar um forte movimento de Reforma Psiquiátrica. O marco articulador de todos os movimentos sociais para a Reforma Psiquiátrica Brasileira se deu no Congresso de Bauru em 1987, onde inspirados pelo movimento reformista italiano se cunhou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e se instituiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A partir daí surgiram várias iniciativas nos municípios com vista a descentralizar e desinstitucionalizar os hospitais psiquiátricos do país, com destaque à criação do CAPS Luiz Cerqueira, em 1987, que é tido como o “marco inaugural” de “um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma clínica ampliada que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo”. (PITTA, 2011, p. 4584). Outra iniciativa significativa foi a do movimento de Santos que realizou a desinstitucionalização do manicômio conhecido como Casa de Saúde Anchieta e deslocou o eixo de cuidado para uma rede territorial organizada pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que cobriam todo o município e são considerados “a mais radical experiência de um modelo substitutivo aos manicômios no país” (PITTA, 2011, p. 4585).

Em 1989, o projeto de lei nº 3.657/89, que deu origem ao que posteriormente ficou conhecido como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, é apresentado pelo então deputado pelo Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais Paulo Delgado, sendo aprovado apenas em abril de 2001, após passar por 12 anos de tramitação, tempo no qual importantes modificações foram impostas ao projeto original. Nesse período de latência surgiram várias reivindicações sociais que buscavam a solidificação dos direitos aos portadores de transtornos mentais e propunham mudanças no modelo de tratamento que se expressaram pelos diversos projetos de leis estaduais e municipais. Já sobre a Lei da Reforma Pitta aponta que:

O projeto era simples, com três artigos estruturantes: o primeiro impedia a construção ou a contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomial de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária. (PITTA, 2011, p. 4585)

Após aprovação da Lei nos anos 2000 e submetidos aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiram os avanços mais consistentes da Reforma Psiquiátrica que incluíam a ampliação da assistência extra-hospitalar para os usuários e redução de leitos em grandes hospitais psiquiátricos, com a expansão dos CAPS e criação de Centros de Convivência, ambulatórios de Saúde Mental e leitos em Hospitais Gerais; e a instituição de programas que possibilitaram a desinstitucionalização de usuários longamente internados e sua reinserção na comunidade, através dos “Serviços Residenciais Terapêuticos” (SRT) e do Programa “De Volta Para Casa”, além da inclusão da questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas, que passa a adotar a estratégia de Redução de Danos. Nessa perspectiva, já se demarcavam como principais questões desse período:

O enfrentamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso; direitos e cidadania com prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social. (PITTA, 2011, p. 4587)

O Ministério da Saúde (2005) preconiza que o novo modelo de atenção à Saúde Mental deva se organizar segundo os conceitos de rede e territorialidade, na medida em que pretende articular-se com outras instituições da sociedade civil e atuar em suas diversas possibilidades a fim de promover uma completa e adequada reinserção de seus usuários na vida em comunidade. Para isso, os CAPS surgem como principal expoente, na forma de serviço substitutivo e como articulador da rede de Saúde Mental, que atua na orientação dos agentes sociais envolvidos no processo de recuperação dos portadores de transtorno mental e na promoção, preservação e fortalecimento dos vínculos sociais e afetivos dos usuários em seu território a partir do fornecimento de atendimentos diários, acompanhamento clínico e promoção de autonomia pela execução de projetos de lazer, acesso ao trabalho e exercício de direitos civis.

Dentro da lógica da Reforma Psiquiátrica passam a receber atenção especializada também os usuários de álcool e outras drogas que, historicamente, foram negligenciados e associados à criminalidade pelos serviços de saúde e pela sociedade, uma vez que a questão referente ao uso de drogas sempre foi tratada de forma rígida e parcial pelas instituições ligadas à justiça, segurança pública, religião, entre outras instituições. De acordo com a Lei nº 5.726 de 1971, a todo sujeito pego pela polícia com porte de droga cabia pena de prisão, fato que só se modificou em 2006 quando a Lei de Drogas nº 11.347 estabeleceu uma diferenciação entre usuários e traficantes, cabendo a pena de prisão apenas para casos de tráfico, enquanto aos usuários cabe encaminhamento para tratamento de saúde. No entanto tal lei até hoje é questionada por seu caráter demasiado “subjetivo” para a definição de usuário e traficante, cujo primeiro passo acaba ficando a cargo da polícia militar no ato da apreensão, o que faz com que muitos usuários ainda sejam presos por tráfico, principalmente os jovens negros e pobres, tal como mostra Juliana Borges (2018) em seu livro “O que é encarceramento em massa?”.

O Ministério da Saúde (2003) estima que no início da década 2000, 10% da população de centros urbanos de todo o mundo fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, comparecendo nos índices de correlação com episódios de mortes e violência e culminando com grande dispêndio financeiro do Estado com causas relacionadas ao problema. Ademais há um potencial crescimento do número de usuários nas capitais brasileiras e um uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas. Entretanto, ao contrário do que se convencionou socialmente, o álcool e tabaco são os responsáveis pelos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, uma vez que segundo o censo do DATASUS de 2011 houveram cerca de 84.467 internações por uso dessas drogas, o que representa quatro vezes mais do que o número de internações por uso de drogas ilícitas.

Diante desse quadro tornou-se imperativo o acolhimento do sujeito que sofre com a dependência química dentro da política de Saúde Pública, com o objetivo de promover o diagnóstico e tratamento precoce dentro da perspectiva global de prevenção e promoção de saúde do Ministério da Saúde que assume a posição de que o abuso de substâncias químicas é um grave problema

sanitário e sócio-político que reclama medidas específicas às realidades locais do país, o que o leva a instituir em 2002 o *Programa Nacional de Atenção Comunitária integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, que possibilitou a abordagem do tema em uma perspectiva transversal entre a clínica e a saúde coletiva, uma vez que os determinantes da dependência química são de origem heterogênea e de impacto social muito relevante, garantindo assim a assistência em todos os níveis de atenção, sendo priorizados os métodos extra-hospitalares e que embasou a criação da política para tratamento de usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

A partir daí articula-se dentro da política nacional de atenção à saúde os equipamentos de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com a criação dos CAPS-ad, Centros de Atenção Psicossocial especializados no atendimento a usuários de álcool e outras drogas, que devem estar também estar inseridos na Estratégia de Saúde da Família, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ou seja, na Atenção Básica de Saúde, assim como atuar em conjunto com outros dispositivos comunitários que permitam a interação e alteração do meio cultural dos usuários. Em consonância com as determinações preconizadas pelo Ministério da Saúde, os CAPS, principalmente os CAPS-ad, por serem os articuladores da rede de assistência em saúde mental assumem papel fundamental no enfrentamento a tais questões que, pela estratégia de *Redução de Danos*, visam promover uma integral assistência a menor custo e com melhor qualidade através do fornecimento de atendimentos diários, cuidados personalizados, acolhimento do usuário e sua família, atendimento e acompanhamento da rede familiar do dependente, sua reinserção na comunidade utilizando os recursos da intersetorialidade, além de mobilizar a sociedade para o tratamento com a aplicação de medidas que possibilitem trabalhar fatores de proteção dos usuários do serviço e diminuição dos estigmas e preconceitos. Para isso, os CAPS devem se engajar na organização da rede, fortalecendo a intersetorialidade como forma de articular diversos segmentos a fim de garantir atenção integral aos indivíduos, o que permite também a realização de medidas de prevenção a partir da redução de fatores de vulnerabilidade e risco específico e fortalecimento dos fatores de proteção, tais como proporcionar qualidade de vida e condições básicas para a reconstrução de

vivências sociais saudáveis, principalmente quanto ao uso de álcool e tabaco que gozam de um *status quo*, devido a sua legalização e massificada difusão social, que faz com que o seu consumo seja, muitas vezes, incentivado cultural e familiarmente (BRASIL, 2003).

CAPS I	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
CAPS II	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes
CAPS i	Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS ad	Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS III	Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
CAPS ad III	Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Figura 1: Tipificação dos CAPS de acordo com as informações fornecidas pelo portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental#estrutura>. Acesso em 02 jun. 2019.

Há uma crítica recorrente na literatura científica ao fato dos CAPS ad só atenderem a municípios com mais de 70 mil habitantes, o que reforça uma ausência de possibilidades para tratamento de usuários de álcool e outras drogas nas localidades que não possuem esse contingente populacional, tornando-as um campo fértil para proliferação de Comunidades Terapêuticas como única possibilidade de ajuda. No entanto, compreendemos que tal crítica não reflete a realidade, pois segundo os dados do Ipea (2017) a maior concentração de CTs são encontradas em áreas rurais de grandes centros urbanos, ou seja, em cidades assistidas por unidades de CAPS ad.

Para além dos CAPS, a estratégia de *Redução de Danos* foi escolhida como diretriz para o tratamento na rede de saúde do Brasil por ter indicativos mundiais de eficácia, apresentar resultados positivos e proporcionar melhor tratamento para usuários de álcool e outras drogas por reconhecer cada usuário em suas singularidades, traçar com ele estratégias que estão voltadas não necessariamente para a abstinência como único objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Por essa perspectiva busca-se garantir maior grau de

liberdade e implicação do usuário em seu tratamento, assim como garantir a criação e fortalecimento de seus vínculos familiares e afetivos com a equipe de saúde e a comunidade. O Ministério da Saúde define a redução de Danos como:

Estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social- nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada. (BRASIL, 2003, p. 27).

Dentro das disputas políticas e ideológicas sobre o cuidado adequado para o tratamento de álcool e outras drogas é comum notar exposições que colocam a Redução de Danos como antagonista das práticas de abstinência, o que é uma interpretação errônea, uma vez que a RD não se opõe a abstinência e pode incluir esse objetivo no tratamento desde que esse seja o desejo do usuário e esteja de acordo com suas possibilidades. Entretanto a RD não coloca a abstinência como o único ou o principal objetivo a ser atingido para todos os casos já que prevê, principalmente, a existência de práticas de cuidado alternativas que melhor se adequem às necessidades de cada sujeito em tratamento, além de objetivar promover a cidadania dos usuários, no sentido de levá-los a se reconhecerem como sujeitos de direitos (SANTOS, 2018). Por essa perspectiva, é o acesso ao cuidado e à cidadania que faz com que pessoas com uso prejudicial de drogas desenvolvam estratégias necessárias para a ressignificação do papel das drogas nas suas vidas, para a mudança na relação com as drogas, para a possível substituição de uma droga que causa mais danos para uma outra droga que cause menos danos, para uma possível diminuição do consumo, e até mesmo para a abstinência, se esse for o desejo do sujeito.

Assim, apesar das contundentes evidências científicas que recomendam o uso da Redução de Danos pelas Políticas Públicas para a saúde, há uma vertente moral que se opõe à sua adoção e propõe medidas de enfrentamento às drogas, pautada na lógica da “Guerra às Drogas”, mesmo que a Redução de Danos se estabeleça como a abordagem menos onerosa ao estado, já que recorre menos aos serviços de alta complexidade como leitos hospitalares e insumos como Psicofarmacos, além de possibilitar aos sujeitos serem economicamente produtivos (FOSSI, 2013). É a presença dessa vertente moral

de pensamento, aliada à precarização da rede pública de serviços que possibilita o crescimento e estabelecimento de instituições fechadas como as Comunidades Terapêuticas, como a principal e primeira forma de tratamento indicada para usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

2. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, instituída pela lei 10.216 de 6 de abril de 2001, representou uma grande mudança no tratamento para portadores de transtornos mentais e uma vitória para os movimentos sociais contrários ao modelo manicomial de reclusão. Entretanto, restaram algumas lacunas que não foram completamente sanadas pela Reforma, como a permanência de manicômios judiciários e dos hospitais psiquiátricos privados e públicos, sendo que estes últimos deveriam ser gradualmente substituídos pelos serviços substitutivos previstos em lei, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RT), entre outros.

Contudo, o Ministério da Saúde destaca que a histórica ausência de possibilidades de tratamento adequadas as necessidades dos usuários fizeram com que surgissem no Brasil diversas alternativas institucionais pouco regulamentadas e que se encontram fora das determinações das Políticas de Saúde, dentro das quais se encontram as Comunidades Terapêuticas, que foram regulamentadas pela ANVISA somente em maio de 2001 pelo *Regulamento Técnico Para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas Com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas*. A Resolução nº 101/2001 inclui as Comunidades Terapêuticas como:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo o modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com o programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. (ANVISA, 2001, p. 3).

Silva (2011) corrobora com a descrição da ANVISA, porém defende que qualquer definição para Comunidades Terapêuticas deve ser bastante flexível, uma vez que há uma grande gama de instituições que assim se denominam,

mas que atuam por diretrizes distintas entre si, o que impossibilita uma definição mais ampla. Para ele, torna-se necessário então a clarificação das características gerais e comuns a todas as CT's que de modo genérico são “uma abordagem de autoajuda fora das correntes psiquiátrica, psicológica e médica.” (SILVA, 2011, p. 41).

Apesar da tardia definição no Brasil, há registros sobre a existências de instituições nos moldes das Comunidades Terapêuticas desde 1931. Estas primeiras instituições derivam das experiências de Harry Stack Sullivan e Maxwell Jones, sendo Jones o responsável por cunhar o termo *Comunidade Terapêutica* para denominar às instituições substitutas dos manicômios que visavam promover uma organização mais democrática, humana e com menor distância entre as equipes de trabalho e os pacientes psiquiátricos, que exerceriam uma participação ativa em seu tratamento (SILVA, 2011; GALINDO et al., 2017; RAUPP e SAPIRO, 2008). No entanto, Melo e Corradi-Webster (2018) afirmam que somente em 1968 surgiu a primeira instituição denominada de Comunidade Terapêutica no Brasil.

Silva (2011) defende que as mesmas características utilizadas no modelo de Jones são, em essência, mantidas pelos modelos atuais de CT's, entretanto, pode-se afirmar que o supracitado argumento está enviesado por um claro conflito de interesses do autor, na medida em que ele exerce a função de gestor na Comunidade Terapêutica onde realiza sua pesquisa. Em contrapartida, Amarante (2007) também discorre sobre as contribuições de Jones ao afirmar que sua proposta de Comunidades Terapêuticas teve um importante papel na fase inicial da Reforma Psiquiátrica mundial, por propor uma reformulação das práticas médicas para esse campo, entendendo a CT como um:

processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização e a verticalização dos papéis sociais, ou em fim um processo de horizontalidade e democratização das relações[...] que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica. (AMARANTE, 2007, p. 43).

Apesar disso, Amarante (2007) diferencia a proposta de Jones dos modelos de Comunidades Terapêuticas brasileiras atuais, as quais denomina de “fazendinhas” para tratamento de álcool e outras drogas, e afirma que essas

instituições se utilizam da denominação original a fim de conseguir legitimação científica. Galindo et al. (2017) também discorrem que o termo Comunidade Terapêutica foi utilizado no Brasil de forma oposta “as configurações anglo-saxãs, uma vez que emergem, justamente, como equipamentos emblemáticos de modelos de internação” (GALINDO et al., 2017, p. 229), e não como uma alternativa a esse modelo, tal como ocorreu originalmente na Inglaterra.

Ademais, Amarante (2007) nos ajuda a compreender que mesmo as Comunidades Terapêuticas de Jones se mostraram ineficazes ao tratamento de portadores de transtornos mentais, exemplificado pela experiência de Basaglia, na Itália, que ao tentar instituir as CT's no país como forma alternativa aos manicômios notou que estas reproduziam os mesmos modelos asilares e opressores e não davam conta das questões sociais envolvidas no adoecimento mental. Assim, Basaglia utiliza o modelo de Jones apenas como mecanismo transitório para a efetiva Reforma Psiquiátrica que ocorreu no país, sendo até hoje a mais efetiva do mundo, mas propõe a superação do aparato manicomial pela criação de serviços substitutivos regionalizados, que estão mais em consonância com o modelo preconizado pela Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde do que com os modelos utilizados pelas CT's brasileiras.

Ramos e Boarini (2014) chamam a atenção para o fato de que na década de 1990 houve uma grande expansão desse tipo de instituições no país e que é muito representativo o fato delas terem surgido antes da construção de uma política pública para tratamento de usuários de álcool e outras drogas e, por isso, terem se consolidado como a forma de tratamento mais conhecida e buscada para esses usuários. Aliado a isso, a expansão das Comunidades Terapêuticas constatadas nas últimas décadas tem relação direta com o surgimento e fortalecimento da “Guerra às Drogas” que foi intensificado no Brasil com a emergência da questão social ligada ao crack (MELO e CORRADI-WEBSTER, 2018; GALINDO et al., 2017; RIBEIRO e MINAYO, 2015; FOSSI, 2013).

Fossi (2013) afirma que essas modificações são consequência de um movimento global, liderado principalmente pelos EUA, que estabelece a chamada “Guerra às drogas” sob a justificativa de que as drogas são as causadoras de diversas mazelas sociais e também da dependência química, que passa a ser entendida como doença e, portanto, objeto de intervenção médico-

farmacêutica. Entretanto, por trás da implantação dessa guerra ideológica, que transforma a droga em inimiga do Estado e da sociedade há interesses econômicos decorrentes do advento do liberalismo que torna o encarceramento vantajoso ao Estado tanto como medida de controle social das populações marginalizadas, pois pelo caráter disciplinador das medidas que visam não apenas excluir os sujeitos desviantes do convívio social como outrora, mas também reabilitá-los para o sistema produtivo, quanto também pelo fortalecimento da economia neoliberal pelo estímulo da indústria bélica. Sobre a “Guerra às drogas” tais características servem:

[...] Ao Estado, que a utiliza de maneira a segregar, encarcerar e mesmo assassinar setores excluídos da sociedade; ao setor financeiro internacional, sustentado por uma complexa rede de corrupção e lavagem de dinheiro; aos donos de clínicas e comunidades terapêuticas, à indústria farmacêutica e todos àqueles que lucram com desinformação alheia (DELMANTO; MAGRI, 2011, p. 72).

No Brasil, devido às pressões internacionais e aos interesses econômicos, a política foi historicamente pautada nessa perspectiva de patologização do uso de drogas, onde entra o discurso médico-biológico que busca medicalizar esses indivíduos com drogas lícitas produzidas pela indústria farmacêutica a fim de combater o uso de drogas ilícitas. Entretanto, para realizar o tratamento proposto é necessário garantir que os indivíduos cessem o consumo de drogas proibidas. É nesse contexto que se legitima a existência de instituições como as Comunidades Terapêuticas que prezam pelo isolamento social e abstinência. Para Fossi (2013) as Comunidades Terapêuticas no Brasil podem funcionar por três lógicas: a espiritual, que utiliza da religião, grupos de convivência e experiência compartilhada de usuários egressos, que por vezes trabalham como voluntários nas CT's; científica, utiliza o modelo biomédico, tem profissionais da saúde em sua equipe técnica e fazem uso de medicações; e o modelo misto onde funcionam os dois outros modelos juntos.

Apesar de não haver números exatos sobre a quantidade de Comunidades Terapêuticas existentes no Brasil atualmente, estima-se que exista entre 2.000 a 3.000 instituições desse tipo (MELO e CORRADI-WEBSTER, 2018; GALINDO et al., 2017; RIBEIRO e MINAYO, 2015; FOSSI, 2013). Contudo, Melo e Corradi-Webster (2018) afirmam que há um número

muito grande dessas instituições que assim se denominam, mas não possuem nenhum tipo de regulamentação.

Como resultado das modificações políticas decorrentes da Guerra as Drogas, as Comunidades Terapêuticas buscaram se articular politicamente com o objetivo de se inserir oficialmente no rol de instituições aceitas pelas Políticas Públicas para o tratamento de álcool e outras drogas e assim conseguir financiamento público. Para isso, surgem as entidades nacionais representativas dessas instituições como a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT) e a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), sendo esta última a principal representação nacional das Comunidades Terapêuticas que se classifica como uma organização da sociedade civil fundada em 1990 com o objetivo de fortalecer, organizar, capacitar e assessorar as Comunidades Terapêuticas de todo o território Nacional. Essa instituição busca se articular com o poder público na elaboração, participação e execução de políticas públicas no que se refere à dependência química. Em seu site, encontram-se cadastradas cerca de 150 instituições pelo Brasil, sendo que a grande prevalência está nas regiões Sul e Sudeste e o estado de São Paulo aparece com o maior número dessas instituições, contabilizando 78.

Macrorregião	Vagas	Masculino	Feminino	Ambos
NO	6,36	58,73	4,05	37,22
NE	20,23	80,8	0,81	18,39
CO	7,84	81,65	6,32	12,03
SE	43,2	83,33	5,64	11,03
SU	22,37	81,82	4,59	13,59
Total	100,00	80,79	4,38	14,83

Figura 2: Distribuição das vagas em Comunidades Terapêuticas por região do país e sexo dos usuários. (IPEA, 2017).

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para acolher 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), em 2011 criou-se a possibilidade de inserção das Comunidades Terapêuticas no rol de instituições credenciadas pelo Ministério da Saúde para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas, classificando-as como Serviços de Atenção em Regime Residencial, “destinado a oferecer

cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A inserção e regulamentação das CT's pelo Ministério da Saúde, segundo Galindo et al. (2017), coincide com o aumento das internações, muitas vezes compulsórias, decorrente do plano de enfrentamento ao crack e a uma série de políticas que tocam a relação entre saúde e justiça e que estão diretamente vinculadas a consolidação de uma bancada fundamentalista no Congresso Nacional que, articulada com as representações nacionais das Comunidades Terapêuticas, visam consolidar a sua atuação no país. Esse dado corrobora com as informações obtidas pelo IPEA (2017) segundo qual 79% das CT's atuais surgiram depois de 1995, sendo que em 2011 foi o ano em que se criou maior número de entidades.

Galindo et al (2017) contribui para a discussão sobre as possibilidades de confinamento em instituições desse tipo ao afirmar que as Comunidades Terapêuticas tem sido utilizadas como “coadjuvantes” das internações compulsórias que incluem a denominada “compulsoriedade consentida”, que se refere às internações solicitadas pelos próprios usuários, com ou sem intermédio da família. Há uma predominância da literatura científica em definir o foco de atendimentos das Comunidades Terapêuticas como predominantemente para dependentes de álcool e outras drogas e, normalmente, em faixa etária entre 18 e 65 anos. O IPEA (2017) afirma haver cerca de 83.600 vagas disponíveis para tratamento em 1.950 instituições brasileiras, das quais 80% são destinadas a usuários do sexo masculino, 15% a ambos os sexos e apenas 4% ao sexo feminino, como mostra a figura 2. Quanto ao perfil dos usuários relata que 81,6% são usuários de crack, o que reforça o exponencial crescimento do número dessas instituições como produto dos planos de enfrentamento à essa droga, 81,4% utilizam álcool, 63,6% são usuários de cocaína e 56,2% chegam às CT's por uso de maconha.

Silva (2011) destaca que um dos princípios fundamentais das CT's é o convívio entre os pares, a ajuda e a participação de todos os membros em todas as instâncias do tratamento como estratégia terapêutica, além da total abstinência de drogas e sexo durante o período de internação, assim como o

combate de comportamentos inadequados ao convívio do grupo e a obediência às regras estabelecidas pela CT. Ademais, o tratamento nas CT's deve ocorrer somente se o usuário se disponibilizar voluntariamente para tal e geralmente ocorrem em um período entre três a doze meses. Galindo et al. (2017) discorre sobre as atuais características das Comunidades Terapêuticas e sua recente reorganização por meio da análise de documentos referentes a Rede de Comunidades "Fazenda da Esperança", onde observa que há uma descrição rígida de estratégias metodológicas utilizadas pelas várias unidades da instituição que as constituem como uma rede de franquias com ações uniformizadas, segundo qual são:

[...] como se fossem máquinas produzidas em série com o selo da criminalização, patologização e cristanização, fixados no eixo pedagógico-terapêutico da Fazenda, que se move em torno do trabalho, convivência em comunidade e espiritualidade. (GALINDO et al., 2017, p. 228).

Corroborando com tais definições Ramos e Boarini (2014) descrevem que para as CT's é fundamental separar o indivíduo de seu ambiente físico, social e psicológico, já que tais instituições acreditam que o ambiente está associado à perda de controle e à criação de um estilo de vida disfuncional e que o afastamento do sujeito do seu território facilita resultados positivos no tratamento. Tal definição vai de encontro ao preconizado pela Política de Saúde Mental que propõe exatamente o contrário, valorizando a atuação no território de vida dos sujeitos, objetivando trabalhar os laços sócioafetivos e o apoio familiar e comunitário. Silva (2011) ressalta que o afastamento do sujeito de seu território de vida resulta em uma deficiência de trabalho e assistência às famílias, o que pode comparecer como fator de risco na reinserção do usuário em sua comunidade e convívio familiar. Ribeiro e Minayo (2015) consideram as Comunidades Terapêuticas como um sistema estruturado com limites, regras, horários e responsabilidades rigidamente definidos, sendo então um modelo de instituição total, onde "os indivíduos se mantêm em um ambiente residencial por 24 horas, segregados da sociedade, o que provoca uma ruptura com os papéis anteriormente exercidos" (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 516).

É consenso na literatura científica que as Comunidades Terapêuticas não possuem o aparato técnico-científico necessário e reconhecido para serem classificadas como serviços de saúde, sendo que muitas delas nem mesmo possuem equipe técnica qualificada para um tratamento adequado perante o previsto, mesmo assim, em 2016 lhes foi concedido o direito ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) (GALINDO et al., 2017). As CT's se utilizam dessa característica como manobra à determinação de que internações só devem ser feitas em casos extremos, após todas as possibilidades de tratamento nos serviços ambulatoriais e extra-hospitalares se esgotarem. Assim, apesar de funcionar em regime de internação se colocam como serviço complementar à rede de saúde e espaço extra-hospitalar, o que legitima sua atuação perante as determinações. Pode-se considerar que as internações em CT's são ainda mais preocupantes do que as internações em hospitais psiquiátricos uma vez que, de acordo com Fossi (2013), as internações em ambientes hospitalares não podem exceder 90 dias de duração e tem a indicação de serem o mais breve possível, mas o projeto terapêutico das CT's não incluem o fator brevidade e o tempo de permanência depende da instituição.

Outras características reproduzidas pela maioria das Comunidades Terapêuticas diz respeito ao seu isolamento geográfico e pouco contato social externo; caráter majoritariamente religioso, onde o projeto terapêutico se baseia apenas na profissão da fé; seguimento dos modelos de tratamento dos Alcoólicos Anônimos (AA) e dos Narcóticos Anônimos (NA); e o possível afastamento dos usuários de sua família, já que a proposta de tratamento se baseia na relação entre companheiros na mesma condição (PERRONE, 2014; MELO e CORRADI-WEBSTER, 2018; GALINDO et al., 2017; RIBEIRO e MINAYO, 2015; FOSSI, 2013). Assim, tais entidades funcionam na lógica contrária à Redução de Danos, reforçando a necessidade de “cura” dos usuários através da abstinência total que deve ser obtida, principalmente, por grupos de autoajuda, espiritualidade, trabalho e disciplina. Fossi (2013), Vasconcelos et al. (2018) e Galindo et al. (2017) afirmam que o modelo utilizado pela maioria das Comunidades Terapêuticas atualmente se baseia nos 12 passos dos Alcoólicos Anônimos que preconizam a abstinência e a troca de experiência entre grupos de pessoas que compartilham do mesmo problema. No entanto, pode-se notar

também nesse método dos 12 passos um forte caráter moralista, religioso e confessional de tratamento, já que em diversos pontos há referência a “Deus” ou “poder superior” e uma culpabilização dos indivíduos diante suas falhas morais e “defeitos de caráter”, além da necessidade de transmissão das experiências bem sucedidas para outros sujeitos que participam do processo, sendo que todas as características citadas são compartilhadas pelas instituições brasileiras que utilizam esse método. Os doze passos criados pelos Alcoólicos Anônimos são:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e

praticar estes princípios em todas as nossas atividades (FOSSI, 2013, p. 7, grifos nossos).

Vasconcelos et al. (2018) definem os Alcoólicos Anônimos como grupos de autoajuda de prática leiga que estão espalhados por todo o mundo e se tornaram um modelo de referência em tratamento para dependência em álcool, fato que é passível de crítica na medida em que esses grupos contribuem para propagar a ideia do alcoolismo como doença que deve ser admitida pelo usuário e curada por meio da abstinência. Devido ao seu caráter confessional, o uso do método dos 12 passos pelas Comunidades Terapêuticas exige que os indivíduos se adequem às normas e regras de convivência estabelecidas, visando uma mudança de estilo de vida e de valores por meio da culpabilização derivada da individualização e moralização do uso prejudicial. Isso se dá porque o que é considerado como cuidado nesse âmbito funciona por uma lógica moralista e punitiva, onde os sujeitos são culpados pelo lugar que ocupam e fracassados se não conseguem sair dele.

Também deve ser destacado o caráter majoritariamente religioso dessas instituições, pois mesmo as que não se definem por uma denominação religiosa específica, executam um modelo de tratamento primordialmente dentro da moral cristã. De acordo com Fossi e Guareschi (2015) essa lógica está sendo reforçada até mesmo pelo Ministério da Justiça, por meio do SENAD, que incluiu em seu programa uma capacitação para lideranças religiosas intitulada “Fé na Recuperação”. Vários aspectos dessa moral religiosa podem ser observados em regras das instituições que não tem nenhuma relação direta com a dependência química, como a abstinência de sexo por exemplo, na medida em que associa o prazer sexual ao mal e o torna alvo de intervenção moral. Os dados obtidos pelo IPEA (2017) constataram que apenas 18% das entidades brasileiras declararam não seguir nenhuma denominação religiosa específica. Os dados também destacam que, associada às questões religiosas, há uma forte discriminação por orientação sexual. Apesar de mais de 90% das instituições declararem que acolhem pessoas homossexuais, a análise qualitativa dos discursos demonstrou clara discriminação a esse grupo já que as CT's acreditam que essas pessoas são um risco aos outros usuários pois não são capazes de controlar seus desejos sexuais e estão dispostos a usar todos os meios (inclusive dinheiro) para consegui-los, sendo uma das soluções citadas pelas CT's para resolver esse

“problema” é enviar os homens homossexuais para unidades com casais e mulheres solteiras.

Melo e Corradi-Webster, (2018), Galindo et al. (2017) e Vasconcelos et al. (2018) também analisam tais intervenções como formas de intervenção disciplinatória e moralizante que objetivam exercer um controle físico e emocional na medida em que tratam o usuário como incapaz de controlar-se e decidir sobre sua própria vida. Tal infantilização justifica o uso de castigos para descumprimentos de normas, podendo ser físicos, por meio do aumento da quantidade de atividades classificadas como laborterapia, ou emocionais, através do apelo moral/religioso executados pelos 12 passos. O IPEA (2017) também constata formas de disciplinamento e controle de ações que se expressam por meio de proibições de vestimentas dos usuários e visitantes, cortes de cabelo, e até portar documentos pessoais, que só é permitido aos usuários em 14% das CT's, sendo que nas outras os documentos são entregues à coordenação da entidade e devolvidos somente ao final do tratamento ou para familiares/ responsáveis pelo usuário em caso de desistência do tratamento antes do prazo. A comunicação com a família também ocorre em casos de descumprimento de regras dentro da instituição, onde uma das punições possíveis é a comunicação formal do ato infracional para o responsável. Essa forma de comunicação reforça o caráter tutelar e privativo de liberdade que impera nas Comunidades Terapêuticas.

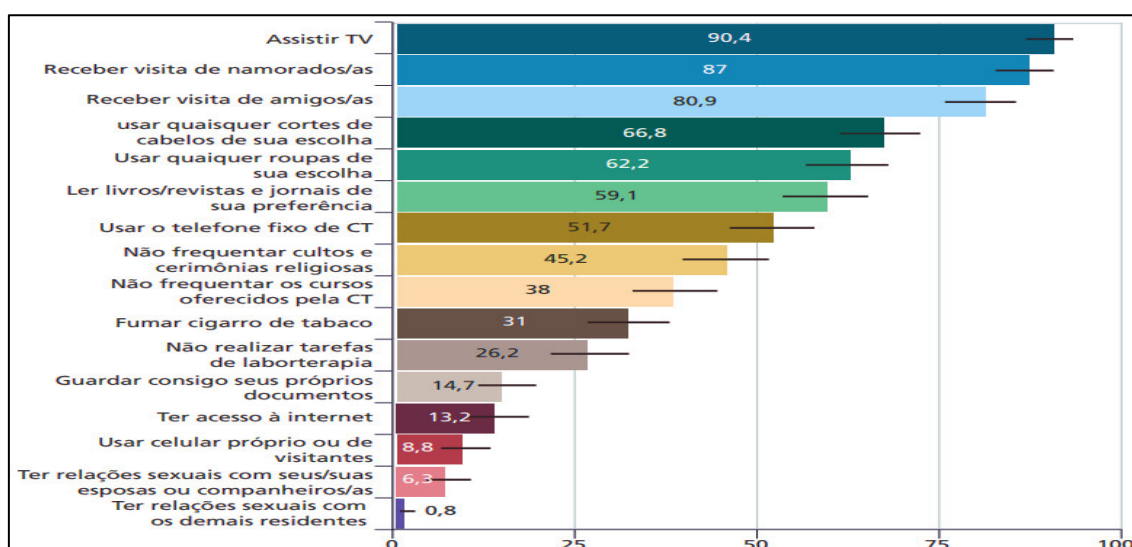


Figura 3: Práticas permitidas aos acolhidos pelas CTs - Brasil (IPEA, 2017)

Um dos aspectos essencialmente problemáticos das Comunidades Terapêuticas é o uso do trabalho ou “laborterapia” como método terapêutico compartilhado por grande parte das instituições e que, supostamente, é responsável por ajudar a modificar a mentalidade e recuperar os anos “perdidos nas drogas”, assim como reorientar os indivíduos para a vida e reinserção social.

O trabalho (labor) obrigatório de oito horas diárias é descrito como terapeuticamente importante para “reestabelecer” a força, criatividade, e autoestima do interno, com a justificativa de que “ajuda a mudar a mentalidade desenvolvida nos anos perdidos no mundo da droga e do álcool”, travestido de “laborterapia” ou “terapia ativa”, o trabalho é uma estratégia disciplinar que busca aumentar a força do corpo e ampliar sua utilidade, na mesma medida em que dociliza e diminui essa força, em termos políticos de desobediência. (GALINDO et al, 2017, p. 235).

No entanto os autores afirmam que, devido ao caráter asilar das Comunidades Terapêuticas, tais métodos desconsideram a significação individual e subjetiva do trabalho, assim como o fato de que trabalho também pode ser causa de sofrimento e adoecimento. Para Melo e Corradi-Webster (2018) o trabalho pode exercer uma positiva função terapêutica desde que esteja respaldado teórica e tecnicamente e não seja vazio de significação subjetiva para os usuários, como ocorre nas CT's. Dessa forma, o aspecto relacionado ao trabalho também se torna contraditório na medida em que para seguir tal modelo de tratamento pressupõe-se um afastamento de possíveis atividades laborais anteriores. Outrossim, a execução de atividades “laborais” nesses locais foi um dos pontos de irregularidade encontrados pelo CFP que em seu Relatório afirma que as práticas de trabalho realizadas nesse contexto são referentes as atividades de limpeza, manutenção e segurança das instituições e, em casos mais graves, atividades na construção civil fora das CT's (como reforma da casa de dirigentes das Comunidades Terapêuticas vistoriadas, por exemplo) o que não permite o desenvolvimento das potencialidades individuais ou que forneçam ferramentas e possibilidades para a reinserção no mercado de trabalho ou execução de atividades remuneradas ao fim da internação. Assim, pode se constituir como trabalho forçado em condições degradantes, ou seja, um trabalho análogo à escravidão, já que não há remuneração ou quaisquer direitos trabalhistas assegurados.

Assim, vemos que apesar da reformulação da legislação para a Saúde Mental mantiveram-se resquícios da lógica asilo-manicomial que marcam principalmente o tratamento de usuários de álcool e outras drogas que, além das questões de saúde, ainda estão sob o julgo de um estigma moral-religioso-jurídico muito presente no Brasil, que funciona pelo modelo proibicionista e preconiza a abstinência total. Ramos e Boarini (2014) também destacam que, no que tange às internações compulsórias, o público alvo continua sendo a “escória” da sociedade, ou seja, desocupados e desajustados e, principalmente, pessoas economicamente menos favorecidas que constituem o maior público das CT’s, no que seria um claro processo de limpeza social que muito se aproxima de prática higienistas do passado. Entretanto, defensores das Comunidades Terapêuticas utilizam-se desse fato como um benefício dessas instituições, ao enfatizar seu caráter essencialmente filantrópico, inclusivo e não-discriminatório.

Para Melo e Corradi-Webster (2018), bem como para Vasconcelos et al. (2018), há uma naturalização do modelo de reclusão que faz com que a maioria dos usuários, sob o peso da culpa pelo uso e dependência de substâncias psicoativas, não questionem as práticas ali impostas, aceitem e até mesmo reforcem o modelo asilar como única opção de tratamento. É essa naturalização que, junto com o descrédito que a sociedade oferece ao relato desses usuários, banaliza a frequente ocorrência de abusos e violação de direitos humanos dentro das Comunidades Terapêuticas, como as denunciadas pelo Conselho Federal de Psicologia.

A pergunta que nos orientou – sobre a ocorrência de violação de direitos humanos – infelizmente se confirmou como uma regra. Há claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, esta prática social tem como pilar a banalização dos direitos dos internos. Exemplificando a afirmativa, registramos: interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares. Percebe-se que a adoção dessas estratégias, no conjunto ou em parte, compõe o leque das opções terapêuticas adotadas por tais

práticas sociais. O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada. (CFP, 2011, p.190).

Segundo Vasconcelos et al. (2018), o problema é intensificado pelos aspectos asilares dessas instituições que defendem uma “racionalidade reducionista, moralista e acrítica sobre o consumo de drogas” defendendo a existência de “características definidoras” dos dependentes químicos, e fazendo com que os atores envolvidos em tal modelo de tratamento mantenham-se ocupados com a lógica proibicionista da guerra às drogas, enquanto se negligencia todos os aspectos de vulnerabilidade da população marginalizada que necessita de cuidados, aumentando assim as formas de manutenção de violação dos direitos humanos, criminalização e descaso. Galindo et al. (2017) vai além ao afirmar que o tratamento em instituições com tal caráter asilar ultrapassa a lógica de punição e responsabilização moral dos indivíduos, mas se constitui como uma penalidade legal, na qual os usuários são penalizados pelo uso de substâncias ilícitas com a obrigatoriedade de confinamento e frequência em tais locais, sobre o pretenso argumento de proporcionar tratamento aos usuários.

Em sua pesquisa Vasconcelos et al. (2018) expõem algumas falas de entrevistados, membros ou funcionários de Comunidades Terapêuticas, que são riquíssimas ao explicitar o caráter e forma de funcionamento desses locais nos quais incluem a necessidade de constante monitoramento dos internos para evitar fugas, e da necessidade que um usuário sente de “abrir mão” de algumas coisas como autossuficiência e prepotência que são, supostamente, prejudiciais ao tratamento:

Então é um trabalho que tem que ficar bem atento, devido ao comportamento de dependente químico ser de manipulação, ser de umas coisas assim. Às vezes agressivo, às vezes impulsivo. Então a gente tinha que ficar bem atento, assim, no turno da noite que a gente trabalhava. Pra ninguém fugir também. Então ficava atento. (Relato do Funcionário de uma CT).

Em recuperação aí continuo me exigindo ter humildade. De algumas coisas eu abri mão, está tudo certo. Abri mão de autossuficiência, abri mão de prepotência, arrogância, de um monte de coisa. Porque eu, como dependente químico, se eu continuar sendo autossuficiente, achar que eu faço as coisas do meu jeito que vai dar certo, paro de ir à reunião... por mais que queira a recuperação, você precisa de terapia, você precisa de grupo. (Relato do usuário de uma CT). (VASCONCELOS ET AL, 2018, p. 370)

Logo, o critério de voluntariedade afirmado por todos os autores que defendem as Comunidades é contraditório, sendo possível observar essa contradição na descrição de Silva (2011), sobre a CT que ele mesmo gerencia, onde afirma receber usuários, assim como outras Comunidades, por determinação judicial, mas que “aceitam” se submeter ao tratamento e permanecer na CT pelo tempo determinado. Considerar que, dadas tais circunstâncias, ainda possa se atribuir o critério de voluntariedade à internação é no mínimo bastante questionável, já que se trata de uma imposição jurídica, que suscita o conflito nas tentativas de fugas supracitadas. Além disso tal determinação judicial visa, primordialmente, afastar o usuário do meio comunitário, dadas as características geográficas das CT's, e mantê-lo em reclusão por tempo muito superior ao preconizado pela Política de Saúde Mental, o que reproduz uma das principais características dos modelos asilo-manicomiais.

Fossi (2013) assinala que o isolamento geográfico dos usuários de sua comunidade de origem se justifica pela concepção das CT's de que o ambiente em que o consumo de drogas ocorre pode interferir negativamente na recuperação e, por isso, há a necessidade de afastamento desses sujeitos para um ambiente adequado e protegido onde serão desenvolvidos valores necessários para sua posterior reinserção social como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, amor e honestidade. Nesse modelo, as visitas familiares são controladas e espaçadas, por considerar que a família também pode influenciá-los negativamente, e não é raro que haja a exigência de a família frequentar grupos de apoio para que sejam concedidas as visitas. Ficam claras as fortes semelhanças com o modelo manicomial clássico que também se utilizava da justificativa de um “local seguro”, mas que exclui os usuários de

drogas do convívio social e busca domesticá-los em um modelo moral de convivência. Ademais, os vínculos sociais e familiares desses indivíduos não são fortalecidos, pois o foco de tratamento das CT's está na experiência compartilhada entre os pares na instituição.

Outro ponto, citado por Vasconcelos et al. (2018), diz respeito ao fato de que há um descrédito por parte da população com as formas de tratamentos extra-hospitalares e que não utilizam a abstinência como pressuposto básico, o que segundo os autores também têm priorizado a escolhas das Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento em detrimento das alternativas propostas pela saúde pública. Também não há um Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma vez que não se faz distinção entre os diferentes modos de uso da droga, o lugar que a droga ocupa na vida do sujeito, nem sobre o tipo de droga utilizada, mas há um plano “terapêutico” padronizado, com rotina e regras que devem ser compartilhadas por todos os membros da instituição de forma homogênea, enfatizando a vida e convivência em grupo, mas impossibilitando assim qualquer expressão de individualidade. Ademais, tais regras devem ser repetidas no cotidiano fora das CT's por um processo de constante vigilância dos indivíduos sobre si, que reproduzirá a vigilância mútua existente entre os pares dentro das instituições.

Contrapondo-se a essa prática, o modelo de tratamento adequado pela Política de Saúde Mental indica que se elabore o Projeto Terapêutico Singular com base na singularidade do sujeito, de forma que o tratamento melhor se adeque a ele e suas necessidades. Além disso, preza também pelo atendimento integral aos usuários de forma que é imprescindível a consideração de todos os fatores envolvidos com o uso prejudicial de álcool e outras drogas, o que evita a culpabilização dos indivíduos e permite uma atitude mais autônoma e livre frente ao problema, já que lhes é dada a possibilidade de fazer escolhas, a partir de sua realidade.

De forma geral, a literatura científica concorda que há a combinação de diversos fatores da esfera moral-proibicionista que visa disciplinar os corpos e executar o controle social das populações por meio de internações e encarceramentos de usuários de substâncias psicoativas. Assim, o saber biomédico funciona de forma a patologizar comportamentos desviantes que

entrem em conflito com o padrão estabelecido e substitui o confinamento físico por contenção psicofarmacológica; já o saber jurídico determina a culpa dos indivíduos e a sua pena “humanizada” através de internações e exigências de normalização disciplinar que ocorre por ação, principalmente, do poder pastoral/religioso que aglutina os dois outros poderes e enaltece a necessidade de “autoridades” para aconselhar e conduzir os sujeitos que, vitimizados por todas as circunstâncias circunscritas, estão sob o julgo da “fraqueza de caráter” ou “falta de força de vontade” que, concomitantemente com a dificuldade de encontrar possibilidades alternativas para tratamento, seja devido ao sucateamento da saúde pública ou pelo descrédito popular dada a ela, são compelidos a aceitar o tratamento e “confessar” sua culpa e responsabilidade diante dele (FOSSI, 2013; VASCONCELOS ET AL., 2018; GALINDO ET AL., 2017).

De tal modo, Galindo et al (2017) observa que apesar das CT's estarem atualmente infiltradas na RAPS elas não estão buscando o respaldo nas resoluções construídas coletivamente pela participação cidadã no SUS, pois têm priorizado a sua organização em parcerias com entidades nacionais e alianças religiosas, que buscam consolidar um discurso moral-religioso para o tratamento de drogas que se respalda principalmente na dialética Deus-Diabo, que é concretamente representado pelas drogas. Assim, como resultado desse modelo observa-se que as principais causas de abandono de tratamento nessas instituições são em função da “rigidez das normas, da rotina enfadonha de orações ao longo do dia, além da dificuldade de adaptação e permanência, já que a abstinência nem sempre é possível e desejada por todos os usuários.” (RAMOS; BOARINI, 2014, p. 1236).

Outrossim, o desligamento dos usuários da Comunidade Terapêutica se impõe sempre como um procedimento problemático, uma vez que se o usuário escolhe interromper o tratamento antes do prazo estabelecido ou da “alta” se encontra sozinho e sem nenhum apoio, pois a desistência é tratada como fuga, assim como é recorrente o uso de violência e pressão moral para fazê-lo ficar. Melo e Corradi-Webster (2018) trazem o relato de usuários que, ao insistirem pelo desligamento, foram deixados ao sozinhos em uma das áreas afastadas na qual se localiza a Comunidade Terapêutica, sem ter como se locomover ou

entrar em contato com pessoas que pudessem lhe ajudar, de forma a puni-lo e comprovar a necessidade de maior tempo de internação.

Falaram 'não adianta falar nada né Flávio' eu disse 'não'. Já me conheciam né [...] aí eu fui morar na rua, depois de um tempo eu tava morando na rua. Porque eles não me levaram nem pra casa, isso eu achei muito chato. Acho que deviam pelo menos ter conversado com alguém da minha família, que eu tava limpo (abstinente) já. Aí me deixam com um monte de sacolinha ali na Avenida Costa e Silva, um monte de sacolinha de supermercado lá. (MELO E CORRADI-WEBSTER, 2018, p. 12).

Já no fim do tratamento, dentro do prazo previsto, o usuário volta para sua comunidade que muitas vezes fica distante da localidade onde se encontra a CT, com laços familiares e sociais comprometidos, depois de romper os laços criados na instituição e sem previsão de conseguir um emprego ou qualquer tipo de atividade útil para ocupar o tempo, o que faz ser comum que ex internos tenham interesse em continuar trabalhando nas CT's como voluntários, para manter algum significado de vida como aprenderam ali.

As ações no território, tal como preconizadas pela Política de Saúde Mental, deveriam ser buscadas de forma a amenizar os fatores de vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas, intervindo no âmbito familiar – já que é comum haver outros usuários de drogas na família ou mesmo um ambiente familiar conflituoso que pode ter influência sobre uma possível retomada do uso prejudicial de drogas – e visando uma reinserção no mercado de trabalho, de forma a oferecer também subsídios financeiros para a vida pós-internação. Quanto ao mercado de trabalho, é necessário ainda lidar com os estigmas que sofrem usuários e ex-usuários de álcool e outras drogas que os coloca como irresponsáveis, sem determinação e disciplina. A condução de um tratamento asilar e excludente, combinado com a falta de ações nessa direção fazem com que, segundo Melo e Corradi-Webster (2018), os usuários recorram ao uso de drogas em pouco tempo após sua reinserção social e, conseqüentemente, voltem a internar-se em Comunidades Terapêuticas diversas vezes. Esse fato conduz a análise feita por Melo e Corradi-Webster (2018) ao notar que internações longas são também uma fonte de renda, que nos remete à indústria da loucura e trabalha de forma a capturar o sofrimento de

familiares e usuários em volta do uso de drogas para transformá-lo em material de comercialização. Galindo et al (2017) também corroboram essa afirmação ao discorrer sobre o fato das Comunidades Terapêuticas já terem se estabelecido como um comércio lucrativo que busca compor sua renda a partir de instituições privadas, mas também pelas recentes e frequentes possibilidades de financiamento público.

Por sua vez, Fossi e Guareschi (2015) enfatizam que as Comunidades Terapêuticas estão mais ligadas à via judicial do que à saúde, uma vez que se inserem na RAPS por um edital da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que é vinculada ao Ministério da Justiça e não seguem os requisitos mínimos da Política de Saúde Mental, e inclusive não distinguem uso, abuso e dependência de substâncias químicas, aplicando o mesmo programa terapêutico a todos os casos. Dessa forma, os autores afirmam ainda que há três lugares sociais reservados para os usuários de drogas que são a cadeia, a igreja e os hospitais psiquiátricos, de maneira que as CT's se constituem como instituições que trazem características próprias desses três lugares em um só, pois funciona, ao mesmo tempo como cadeia, igreja e manicômio.

3. CONFLITOS PARADIGMÁTICOS ENTRE AS POLÍTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SOBRE O TRATAMENTO PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A lógica proibicionista predominante nas atuais políticas de drogas brasileiras se iniciou ainda no início do século XX. O consumo de álcool passou a ser visto como um problema quando começou a causar impacto econômico no desenvolvimento e crescimento do país devido ao consumo pela classe trabalhadora. Pelo viés médico, em 1923 surgiu a Liga Brasileira de Higiene Mental que importou e aplicou teorias eugênicas da Europa de forma preventivista, que logo incluiu outras substâncias, além do álcool como foco de intervenção.

Assim, em 1924 o Código Penal Brasileiro, pelo decreto 4.294, estabeleceu a pena de prisão para quem comercializasse derivados de ópio e cocaína. A embriaguez que causasse prejuízo à ordem pública passou a ser passível de internação compulsória em estabelecimentos correccionais adequados, o que originou os sanatórios para toxicômanos que “tinham como objetivo salvar, recuperar, tratar e punir. Tal imprecisão, ainda constatada atualmente, evidencia as múltiplas motivações que atravessam as práticas de saúde nessa área” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 804).

A partir daí, se intensificam as medidas de combate e prevenção do uso de drogas durante o governo de Vargas, onde se destacou a defesa pela criação de asilos para alcoolistas financiados pelo Estado com o objetivo de reestabelecer o comportamento dos usuários por meio do isolamento, e propiciar o ensinamento de um ofício, na medida em que o trabalho e a disciplina eram entendidos como imprescindíveis para a reintegração social dos indivíduos. Tal tendência se fortaleceu durante o regime militar com a promulgação da Lei Federal 6.368 de 21 de outubro de 1976, que determina a internação hospitalar obrigatória para usuários de álcool e outras drogas sempre que o quadro clínico necessitar e classifica o porte de drogas para uso próprio como crime passível de pena. Além disso, a lei criou o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, dos quais se derivam os conselhos antidrogas da década de 80, que segundo Fossi (2013) são os espaços de participação e controle social do

SUS, destacando-se que muitos deles ainda mantem termos como “Conselhos Antidrogas”. Em 1998 o então Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) que é composto pela secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), vinculados ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, e que posteriormente determinaram a entrada das Comunidades Terapêuticas nas políticas públicas para enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas (MACHADO e MIRANDA, 2007; FOSSI, 2013).

Esse breve percurso legislativo demonstra que a política de saúde brasileira para usuários de álcool e outras drogas sempre esteve ligada ao setor judiciário em uma perspectiva criminalizante e proibicionista, que utiliza a privação de liberdade em ambientes hospitalares/psiquiátricos como pena ao consumo de drogas. Dessa forma, observa-se o deslocamento da atuação pública/ profissional do sujeito para a substância (tornada inimiga do Estado) com vista a reduzir a oferta de drogas, o que torna a abstinência total como única possibilidade de tratamento.

Desde 2001 estão em vigência duas lógicas distintas para o tratamento do uso de substâncias psicoativas no Brasil, pois de um lado há a política preconizada pelo Ministério da Saúde, que olha a questão da droga por um viés psicossocial e multideterminado e prevê a adoção da estratégia de Redução de Danos como a forma mais adequada de tratamento; e pelo lado da Justiça e Segurança Pública mantém-se a lógica proibicionista que, embasada por uma dupla sustentação está entre a “busca moralizada de saúde, e o discurso criminológico” (FOSSI; GUARESCHI, 2019, p. 74), uma vez que pela ótica da segurança pública o uso de drogas ilícitas seria o responsável pelo aumento da violência urbana², compreendendo que usuários de drogas supostamente cometeriam crimes para bancar a continuidade do consumo.

Além do conflito existente entre essas duas áreas distintas de saber e poder, também existem conflitos internos a cada área, pois se os entusiastas da

² Ver Figura 4: a imagem faz parte de uma campanha de 2010, na qual o Poder Público da Bahia afirma que 80% dos homicídios do estado estão relacionados com o Crack.

Reforma Psiquiátrica defendem a Redução de Danos e a desinstitucionalização, há setores na saúde que ainda hoje defendem os modelos biomédicos, que enfatizam a doença e o seu tratamento prioritariamente por meio de Psicofarmácos e internações, assim como na Justiça e Segurança Pública há embates entre a lógica proibicionista e a antiproibicionista (TEIXEIRA et al, 2016).

É em meio a esses embates entre Saúde e Justiça que as Comunidades Terapêuticas encontram terreno fértil para se expandirem. Teixeira et al (2016) elenca seis marcos regulatórios do Ministério da Saúde importantes para se entender a entrada e a função das Comunidades Terapêuticas na Política Pública de Saúde. O primeiro trata da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001), sucedida pela Portaria nº 2.197/2004 que estabelece o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, e caminha em direção a medidas mais flexíveis e compatíveis com a estratégia de RD, instituindo os CAPSad e priorizando tratamentos extra-hospitares, além de propor a articulação e integração dos serviços de saúde, justiça, assistência e educação a fim de proporcionar uma atenção integral em rede a esses usuários. Já em 2011 a ANVISA elabora a Resolução RDC 29, revogando a Resolução anterior, RDC 101/ 2001, que estabelecia um regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2001). Segundo Teixeira et al (2016) as principais mudanças obtidas por essa revogação são que a RDC 29

Apresenta atividades supostamente desenvolvidas nas CT sem nomeá-las como tal. Não há o rigor anterior da RDC 101 quanto aos critérios de elegibilidade do residente e mantém o critério de permanência voluntária. Não define número máximo de leitos (que era de 30 na RDC 101) e o responsável não tem mais que ser necessariamente da área da saúde, mas apenas de nível superior. (TEIXEIRA ET AL, 2016, p.1459)

Em dezembro de 2011 também é instituída a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS) visando ampliar os pontos de

atendimento para esses usuários, no qual inclui as comunidades Terapêuticas como dispositivo de apoio. Um mês depois é aprovada a Portaria nº 131/2012 que permite o financiamento de CT's pela RAPS (BRASIL, 2011). Prosseguindo na tendência de normatização das CT's dentro das Políticas Públicas, em 2016 a Portaria 834 redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), permitindo a certificação de Comunidades Terapêuticas, mesmo sem a definição de critérios quanto ao que se caracteriza "entidade de saúde" (TEIXEIRA et al, 2016).

Outro ponto que chama a atenção diz respeito ao fato de que em 2017 o Ministério da Saúde aprovou uma resolução na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que inclui hospitais psiquiátricos como pontos de atenção à saúde mental, fato que se opõe as determinações da Lei da Reforma psiquiátrica e da própria RAPS, que não incluía esses estabelecimentos. Além disso, em 2018 houve um reajuste de 60% sobre o valor das diárias nos hospitais psiquiátricos para internações por mais de 90 dias ou com menos de 30 dias de alta, o que se constitui um claro estímulo para longas internações (SANTOS,2018).

Delgado (2019) afirma que a implantação de uma agenda neoliberal ocorrida com a troca de governo em 2016 intensificou um intenso desmonte do SUS, que impacta de forma especial as políticas em saúde mental. Destaca também que o novo governo sob o comando de Bolsonaro tem dado continuidade a essa agenda e vem aprofundando ainda mais a crise na saúde pública brasileira. Tal retrocesso foi explicitado pela publicação da norma técnica Nº 11/2019 do Ministério da Saúde que institui o que a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) denomina de Contra-Reforma Psiquiátrica, pois recoloca o modelo manicomial no centro da Rede de Atenção Psicossocial pelo incentivo aos Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, além de apregoarem métodos, no mínimo, controversos como a eletroconvulsoterapia (ECT).

Pela via judicial e de Segurança Pública, vemos um processo de resistência em relação à adoção de estratégias de RD e uma forte disposição ao proibicionismo. Assim, em agosto de 2002, a Presidência da República ainda sob governo de Fernando Henrique Cardoso instituiu a Secretária Nacional Antidrogas (SENAD) que estabelece como foco a repressão ao tráfico, prevendo

uma sociedade livre de drogas (BRASIL, 2002). Entretanto, já antecipa uma preocupação para com a diferenciação entre traficantes e usuários, assim como a necessidade de tratamento adequado para uso prejudicial. Com as reivindicações da Reforma Psiquiátrica, influenciadas pelas políticas de Redução de Danos europeias, a antiga lei de drogas, 6.368 de 1976, sofreu modificações que culminaram na lei 11.343 de 2006 e na instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), que prevê a descaracterização de crime por porte pessoal de drogas para uso próprio, mas “reforça o sistema proibicionista da Lei de 1976 em detrimento de projetos alternativos (descriminalizadores) moldados a partir das políticas de redução de danos” (FOSSI, 2013, p. 31), onde a atenção e a reinserção dos usuários devem ser realizadas tanto pelo SUS quanto por entidades privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, abrindo terreno para a inserção das Comunidades Terapêuticas.

Teixeira et al (2016) afirma que apesar das boas intenções da lei de 2006 o efeito na prática foi contrário, uma vez que não estabeleceu parâmetros exatos para definição de usuários e traficantes, deixando então a decisão a critério da polícia militar no momento da apreensão, o que resultou no aumento do número de encarceramento por porte de drogas. Borges (2018) acrescenta que depois da Lei de drogas houve um exponencial crescimento do número de presos no Brasil, sendo que 4 em cada 10 unidades prisionais tem menos de 10 anos. A relação entre essa lei e a constituição do sistema carcerário brasileiro também se mostra pelo fato de que o tráfico é a tipificação com maior incidência, sendo 27% do total de prisões, mas é o motivo do encarceramento de 62% das mulheres. Outro aspecto aludido pela autora diz respeito às características sociais e raciais da população atingida por essas mudanças uma vez que, atualmente, 64% da população carcerária é negra, o que representa 2 em cada 3 presos do país. Essa ocorrência se deve ao fato de que é o juiz quem decide se a droga é pra consumo pessoal ou trafico a partir da natureza e quantidade da droga, local e condições da apreensão, circunstâncias pessoais, sociais, conduta e antecedentes do réu, sendo que a polícia é a responsável por fazer o boletim sobre tais circunstâncias.

Maronna (2011) afirma que a ausência de critérios definidores para tráfico ou uso de drogas é um problema, na medida em que a decisão embasada em critérios como conduta e antecedentes do acusado desconsidera o chamado direito penal do autor, que enfatiza a necessidade de que uma pessoa realmente cometa um ato infracional para ser punida. No entanto, a forma como ocorrem os procedimentos previstos na Lei de Drogas acarreta uma culpabilização pela conduta de vida dos sujeitos, pois se em algum momento anterior o acusado foi condenado por tráfico de drogas qualquer outra ocorrência que envolva drogas fará com que essa pessoa seja enquadrada como traficante, independente do seu real envolvimento com o tráfico de drogas.

De tal modo, a Lei 11.343 serviu também para acentuar as desigualdades sociais e raciais no país, na medida em que prevê a diferenciação entre usuários e traficantes, onde as medidas para os usuários se aproximam da saúde pública, mas para traficantes a pena endurece, indo de 5 a 15 anos de prisão. No entanto, o que se observa na prática, segundo Borges (2018) é que há uma desproporção no peso da definição das penas entre brancos e negros, nos quais os negros são mais categorizados como traficantes e enquadrados nas penas mais rígidas, enquanto os brancos tendem a serem julgados pelos parâmetros estabelecidos para usuários. Dessa forma, podemos ver que tal lei representa uma efetiva forma de encarceramento em massa da população negra e periférica brasileira que estão sob a égide da opressão e da violência policial, recebendo um tratamento desigual com base, principalmente, no fenótipo do acusado. Quanto a ligação do uso de drogas com a criminalidade, Borges (2018) destaca que no Brasil à maioria das apreensões de drogas enquadradas como tráfico são de pequenas quantidades, o que não representa um efetivo risco social. Assim, também recorre a um estudo norte-americano que indica que apenas 2% dos detidos cometeram crimes violentos, sendo que destes a maioria ocorreu em situações que envolviam a venda e não o consumo de drogas.

Ao lado dessa mudança na Lei de Drogas assistimos também ao surgimento da Lei 12.101/2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, nos quais inclui as Comunidades Terapêuticas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos

(TEIXEIRA et al, 2016). Entretanto, é apenas em 2010 que as CT's são oficialmente incluídas no rol de instituições credenciadas pelo Governo Federal para o tratamento de usuários de drogas pela publicação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, vinculado à SENAD, na medida em que previa o aumento de leitos para tratamento de usuários de crack. Em 2011, a então Presidente Dilma Rousseff fomentou o financiamento dessas instituições através do programa "Crack, é Possível Vencer" que, de acordo com Fossi (2013), contratou 2.500 leitos em Comunidades Terapêuticas apenas nesse ano. Tais programas também utilizaram como método campanhas de conscientização e prevenção contra o uso de crack que favoreceram a criação de um imaginário social preconceituoso e estigmatizante acerca do consumo da droga, reforçando a ideia equivocada de que o uso de crack configura uma epidemia nacional, além do atrelamento da imagem de usuários de drogas à criminalidade, o que fez a inclusão de CT's serem muito bem recebidas pela opinião pública apesar dos protestos das classes ligadas à Reforma Psiquiátrica. Contudo, Fossi (2013) pontua que

O aumento da violência ligada ao tráfico tem estreita relação com a filosofia adotada pelo governo brasileiro na área de drogas nos últimos anos por enfatizar as políticas de redução da oferta em detrimento das propostas educativas, preventivas e terapêuticas de redução de danos. (FOSSI, 2013, p. 42).

As peças midiáticas sobre drogas, publicitárias ou informativas, conforme Vedovatto (2010), desenham a figura de um sujeito fraco, sem autonomia, empobrecido, que tem a atitude impensada de usar uma substância descontroladamente, destruindo sua família, sua vida profissional e seus vínculos sociais. A forma como é apresentado o usuário de droga generaliza o uso de substância, colocando tal uso sempre como problemático destruidor e desagregador de valores morais e éticos. O efeito disso é a construção de uma imagem do "drogado" responsável por todos os males da sociedade. (FOSSI 2013, p. 44).



Figura 4: Parte da campanha “A Bahia na Luta pela Paz” divulgada em 31/01/2010. Na imagem pode-se observar que 80% dos homicídios no estado da Bahia são atribuídos ao crack pelo Poder Público.

Ao se tratar da suposta epidemia de drogas no Brasil, principalmente quanto ao crack, observa-se que em 2011 o uso de drogas ilícitas no país foi feito por 13,8% da população, enquanto o uso de drogas e medicamentos lícitos (sem contar o álcool e tabaco) alcançou o índice de 24,3% da população, ou seja, quase o dobro das drogas ilícitas nas quais se focalizam as intervenções da imprensa, polícia e justiça (CARLINI, 2011).

Teixeira et al (2016) sinalizam que o fim da década de 2000 trouxe consigo normativas que reforçam e priorizam modelos centrados na doença, sobretudo por meio da consolidação de Comunidades Terapêuticas, indo em direção oposta à prevalência do modelo RD que foi fortalecido na década anterior, mesmo que de forma não linear. Por isso, podemos considerar o plano “Crack, é possível vencer” como um divisor de águas para as definições da política e do aparato institucional de tratamento ao uso de crack, álcool e outras drogas no Brasil.

É importante destacar também que até 2016, devido às tensões políticas envolvidas na definição do papel das CT's, o financiamento e fiscalização dessas entidades era de responsabilidade da SENAD, por meio do Ministério da Justiça que as caracterizava não como estabelecimento de saúde, mas instituições de apoio às políticas públicas. No entanto, com a Portaria 834 do MS, que possibilita a certificação das Comunidades no CEBAS a responsabilidade sobre o

financiamento retorna à saúde, de forma que, atualmente essas instituições podem receber financiamento tanto do Ministério da Saúde como da SENAD via Ministério da Justiça. As diretrizes do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça são divergentes entre si, uma vez que a política do MS prioriza o sujeito e a RD como método de tratamento; já a SENAD apenas inclui a RD como uma das possibilidades de tratamento, mas enfatiza a redução de oferta e consumo de drogas, independentemente do desejo do sujeito. Logo, a partir de 2016, o MS se aparelha à SENAD, em detrimento das diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, pois é ele quem financia as ações propostas pelo SENAD e conseqüentemente, financia os leitos em Comunidades Terapêuticas.

Conciliadas as duas lógicas – o proibicionismo e Redução de danos – uma outra política brasileira se constituiu. O Ministério da Saúde, além de financiar o credenciamento dos leitos em comunidades terapêuticas, criou um serviço público de acolhimento com caráter residencial para usuários de drogas, como vistas a manutenção da abstinência, conforme a apresentação da campanha ‘Crack é possível vencer’ [...]. As comunidades terapêuticas, que pareciam entes externos a rede de saúde, que pareciam ser serviços inconjugáveis à rede estabelecida após a reforma Psiquiátrica, passaram a ocupar o papel principal dentro da nova política”. (FOSSI; GUARESCHI, 2019, p. 86)

Outro ponto de conflito entre as diretrizes da saúde e da justiça diz respeito à abordagem que as políticas antidrogas da SENAD assumem, pois a partir de suas campanhas de “conscientização” contra o uso de drogas, especialmente do crack, se aumenta os estereótipos compartilhados sobre os usuários de drogas. Em contrapartida, os CAPS como previsto pela lei da Reforma Psiquiátrica, teriam a função de elaborar campanhas preventivas no sentido oposto, a fim de desmitificar os transtornos mentais, incluindo o uso de álcool e outras drogas, para possibilitar um melhor engajamento da comunidade nos trabalhos realizados nas unidades e, por conseguinte proporcionar melhores condições de inserção social dos usuários. No âmbito da saúde tem havido uma priorização de Comunidades Terapêuticas em detrimento dos equipamentos previstos pela Política de Saúde Mental, uma vez que os CAPSad tiveram menor investimentos que as Comunidades Terapêuticas nos últimos anos, o que se

observa pelo número quantitativo de instituições espalhadas pelo Brasil, sendo 277 CAPSad e 1.179 Comunidades Terapêuticas, segundo Teixeira et al (2016), sendo que destas 390 receberam verbas federais, somando 250 milhões de investimento público nos últimos 5 anos, com o agravante que 59% das CTs contempladas não passaram por nenhuma inspeção nesse período. (THE INTERCEPT, 2019).

Já no campo jurídico, Maronna (2011) destaca que a nova lei de drogas (11.343/2006) possui uma dupla sustentação penal na qual não há punição para o uso propriamente, mas para o porte para consumo pessoal e tráfico de drogas, de forma que nos casos de porte para consumo as punições se dão por medidas não privativas de liberdade como advertências sobre o efeito das drogas; prestação de serviço comunitário; e medidas educativas de comparecimento a programas ou cursos educativos (MARONNA, 2011; TEIXEIRA ET AL, 2016). Entretanto, desde 2016 tem aumentado uma disposição à adoção de medidas e políticas moralistas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, com a intensificação ao combate às drogas e tratamentos mais ortodoxos focados na abstinência e na prática religiosa em detrimento do preconizado pela Política de Saúde, lembrando que

O Estado brasileiro é laico e democrático e, por isso, não deverá, a pretexto de tratamento, impor crença religiosa a nenhum de seus cidadãos. Compete ao Estado respeitar e promover a cidadania dos usuários, recusando todas as propostas que violem seus direitos, como a internação compulsória e a restrição de liberdade como método de tratamento. (TEIXEIRA ET AL, 2016, p.1459)

Seguindo as disposições proibicionista para as drogas no Brasil, em 5 de junho de 2019 o presidente Jair Bolsonaro sancionou a Lei nº 13.840, também chamada de “Nova Lei de Drogas” que, mesmo apresentando vetos importantes em relação ao projeto original, intensifica a fiscalização e repressão a venda de drogas, ressalta o imperativo de abstinência em detrimento da abordagem de Redução de Danos, facilita internações involuntárias em unidades de saúde e Hospitais gerais por um prazo máximo de 90 dias, e em uma seção exclusiva reforça o papel das Comunidades Terapêuticas como serviço de acolhimento transitório por adesão e permanência voluntária dos usuários de drogas, sem

fazer nenhuma menção à fiscalização ou criação de equipamentos para avaliação do tratamento fornecido por essas instituições.

No entanto, o Projeto que originou tal lei não é recente uma vez que foi proposto em 2010, pelo então deputado federal Osmar Terra (MDB) e tramita no Senado há 6 anos como PLC 37/2013. Atualmente, Osmar Terra é Ministro da Cidadania e continua sendo um dos principais representantes do Lobby das Comunidades Terapêuticas nos poderes Legislativo e Executivo. Dessa forma, não foi surpresa quando este ano o Ministro da Cidadania anunciou em uma Audiência Pública Extraordinária para a Comissão Mista de Orçamento a contratação de 9 mil novas vagas em Comunidades Terapêuticas, que somadas com as 11 mil já existentes compõem a previsão do Governo Federal de contratar 20 mil vagas em 1.000 CTs até o fim do ano.

Em maio de 2019 o jornal The Intercept Brasil lançou uma série de reportagens sobre irregularidades em Comunidades Terapêuticas no Brasil, onde destacam que muitos dos parlamentares que defendem essas entidades, como os membros da bancada evangélica no Congresso: deputado Marcos Feliciano (PSC), o pastor Sargento Isidório e seu filho João Isidório e o ex-senador Magno Malta, são donos de Comunidades Terapêuticas que recebem financiamento público, além de usarem isso como plataforma para as campanhas políticas, sob o pretexto de acabar com as drogas no país³. Além disso, afirmam que 17,5 milhões de reais foram destinados a 20 comunidades terapêuticas denunciadas pelo Ministério Público nos últimos cinco anos, fato que se justifica pela falta de fiscalização uma vez que a inspeção que comprovou irregularidades em uma dessas instituições aconteceu apenas 11 dias depois de o então presidente Michel Temer anunciar o aumento de investimento federal nas Comunidades Terapêuticas e afirmar que elas haviam sido pesquisadas, verificadas e analisadas.

Dessa forma, Galassi (2018) afirma que atualmente os dois principais desafios decorrentes dos modelos de intervenção adotados para a questão das drogas que devem ser enfrentados no Brasil dizem respeito à ampliação de modelos terapêuticos centrados na internação, reclusão e exclusão de usuários

³ Informações retiradas do portal do The Intercept-Brasil. Disponíveis em: <<https://theintercept.com/2019/05/16/nova-lei-drogas-donos-clinicas/>>.

de drogas e à ausência de aparatos técnico-científicos que proporcionem evidências de eficácia a esses modelos de cuidado a pessoas em sofrimento pelo uso de drogas.

Para Maronna (2011) o argumento de que prisões, e aqui incluímos também internações, são necessárias devido ao risco que usuários representam para si e para os outros é equívoco, já que a intervenção penal não se aplica à autolesão, como pode-se caracterizar o uso de drogas tendo em vista que os seus prejuízos são, em regra, para a saúde individual. No entanto, a punição para tal torna-se possível a partir de um “malabarismo” jurídico que justifica o porte para uso pessoal como perigo para potencial expansão do consumo e catalisador da violência urbana. O que vimos com o percurso da “Guerra às Drogas” é que o proibicionismo falhou em seu objetivo de erradicar as drogas ilícitas do mundo, além de causar danos colaterais que são mais lesivos que o uso de drogas, como a violência, o encarceramento em massa e a corrupção de agente estatais. Esse fato é elucidado quando se considera que o homem sempre conviveu de forma pacífica com substâncias psicoativas, mas que a violência é decorrente da associação das drogas com o mundo bélico. Dessa forma, dentro da lógica proibicionista, a única possibilidade de “diálogo” existente para tratar a questão das drogas é a da repressão penal, que se constitui como um “não-diálogo”, segundo Maronna (2011), e inviabiliza a criação e discussão de alternativas mais eficazes, como as medidas bem sucedidas de redução de uso de drogas lícitas, principalmente o tabaco que apesar de ter o consumo totalmente liberado, por meio de campanhas preventivas se alcançou uma significativa redução de consumo nas últimas décadas e se caminha para o estabelecimento de critérios mais eficazes, principalmente quanto à possibilidade de prejuízo à saúde alheia, como nos casos de uso em ambientes fechados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento da pesquisa que subsidiou este trabalho monográfico ficou clara a ausência de exatidão sobre os dados referentes às Comunidades Terapêuticas que podem variar em decorrência de autores e formas de levantamento feitas por eles, de maneira que buscamos trazer as características e dados gerais que mais compõem nas referências aqui utilizadas. Essa inexatidão pode ser justificada pelo fato de há pouquíssima regulamentação e fiscalização dessas instituições, principalmente das que se denominam Comunidades Terapêuticas, mas se mantém apenas no âmbito religioso e, portanto, fora do poder de intervenção estatal que deve garantir a liberdade religiosa de seus cidadãos.

Cabe destacar a observação feita por Fossi (2013) que afirma que as Comunidades Terapêuticas se mantiveram à margem das discussões político-acadêmicas até surgir a real possibilidade de serem incluídas como equipamentos “de saúde” passíveis de financiamento público. Assim, para além dos aspectos aqui observados deve-se primordialmente trazer visibilidade para cada uma dessas instituições, incluí-las no debate público afim de conscientizar a população sobre as violações de direitos que ocorrem sistematicamente nesses espaços, e fortalecer as diversas possibilidades para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas criadas pela Reforma Psiquiátrica com vista a garantir os Direitos Humanos e constitucionais desses usuários, que historicamente foram deixados aos cuidados dessas entidades “invisíveis”.

Observamos também que interesses políticos, econômicos e ideológicos limitaram o alcance da Reforma Psiquiátrica ao manter brechas que permitiram a existência e manutenção de equipamentos asilo-manicomial, inclusive de ordem estatal como ocorreu com os Hospitais Psiquiátricos e os Manicômios Judiciários. Mais preocupante ainda é o fato de que o processo de Contra-Reforma Psiquiátrica e de desmonte da saúde pública só tem se fortalecido nos últimos anos, principalmente em decorrência da adoção de uma agenda neoliberal que adota medidas políticas populistas que se embasam somente no senso-comum e na manipulação midiática dos anseios da população, o que leva ao fato dos encarceramentos e internações de usuários de drogas serem

referendados pela sociedade em geral, aumentando o número de defensores dessas medidas nos poderes públicos, mesmo sem haver qualquer evidência científica de sua efetividade.

Outro ponto que merece destaque diz respeito à intrínseca relação das políticas proibicionistas com o racismo estrutural que perpassa todas as questões sociais brasileiras, sendo necessária a constante discussão e desconstrução desse problema nas políticas públicas em geral, especialmente nas políticas de saúde. Ainda é impossível dizer quais serão os efeitos da nova lei de drogas, mas as previsões não são otimistas, dadas as suas características mais repressoras que estão aliadas a um governo extremamente conservador e populista.

Destacamos também que a Psicologia deve ter um papel central nas discussões acerca das Comunidades Terapêuticas, pois segundo o Ipea (2017) psicólogos são a classe de trabalhadores mais contratados pelas CTs, o que nos leva a crer que não é uma questão apenas de empregabilidade, mas também de ideologias compartilhadas com tais instituições, principalmente se considerarmos outros movimentos conservadores dentro da Psicologia que vem ganhando espaço nos últimos anos como o abjeto caso da “cura gay”. Tal cenário reflete também uma cultura majoritariamente clínica da Psicologia que mantém a ênfase no cuidado individual e uma atuação político-social extremamente tímida reproduzida por parte considerável da categoria profissional.

Dada tais considerações destaca-se que o Código de Ética Profissional do Psicólogo tem como princípios fundamentais a garantia de respeito e promoção de liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, além de vedar quaisquer atos em exercício profissional que se caracterizem como discriminação, violência, crueldade ou opressão, assim como induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas e religiosas. Dessa forma, a atuação profissional em ambientes como Comunidades Terapêuticas estão expostas ao risco de incorrerem em infrações éticas e morais tanto no âmbito pessoal quanto profissional, tornando indispensável uma reflexão crítica acerca do local que a psicologia vem ocupando nesses ambientes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BORGES, Juliana. **O que é encarceramento em massa?** Belo Horizonte: Justificando, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº 29,30 jun. 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 ou abuso de substâncias psicoativas**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº 101, 30 mai. 2001. **Regulamento Técnico Para O Funcionamento Das Comunidades Terapêuticas - Serviços De Atenção A Pessoas Com Transtornos Decorrentes Do Uso Ou Abuso De Substâncias Psicoativas, Segundo Modelo Psicossocial**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 mai. 2001.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento Apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos Depois de Caracas. OPAS. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no**

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União, Brasília, DF, dez. 2011

____. Portaria nº 3.659, 14 de nov. 2018. **Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, nov. 2018.

BRASIL. DECRETO Nº 4.345, DE 26 DE AGOSTO DE 2002. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências.** Brasília, DF, ago. 2002.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** Brasília, DF, ago. 2006.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. **Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.** Brasília, DF, jun. 2019.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades Terapêuticas: novas perspectivas e propostas higienistas.** História, Ciências, Saúde. v. 22, n. 4. Rio de Janeiro, 2014. p. 1231-1248.

CARLINI, Elisaldo Luís de Araújo. Mito e dados epidemiológicos a respeito do uso de drogas. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. **Álcool e Outras Drogas.** São Paulo: CRPSP, 2011.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas- 2017.** Conselho Federal de Psicologia;

Mecanismo Nacional de Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal; - Brasília DF: CFP, 2018.

____. **Relatório da 4º Inspeção Nacional de Direitos Humanos:** Locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

____. **Código de ética Profissional do Psicólogo.** Brasília DF: CFP, 2005.

Comissão Mista de Orçamento – Audiência Pública Extraordinária. 56ª Legislatura – 1ª Sessão Legislativa Ordinária. Câmara dos Deputados: Brasília – DF, 2019. 3h 35m. disponível em: <https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/55609>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

FEBRACT. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. **História da FEBRACT.** Disponível em: <http://febract.org.br/portal/historia-da-febract/>. Acesso em: 02 jun. 2019.

____. **Estatuto.** Disponível em: <http://febract.org.br/portal/estatuto/>. Acesso em: 02 jun. 2019.

____. **Código de Ética.** Disponível em: <http://febract.org.br/portal/codigo-de-etica/>. Acesso em: 02 jun. 2019.

____. **Comunidades Terapêuticas.** Disponível em: <http://febract.org.br/portal/comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 02 jun. 2019.

FOSSI, Lucia Barcellos. **Os Doze Passos do Governo Das Vidas Nas Comunidades Terapêuticas.** Universidade Federal do rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2013.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **O modelo de tratamento das Comunidades Terapêuticas: Práticas profissionais na conformação dos sujeitos.** Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, vol. 15, nº 1, abr. 2015, p. 94-115.

____. **Aspectos punitivos do tratamento nas Comunidades Terapêuticas: O uso de drogas como dano social.** Revista Psicologia e Saúde, v. 11, n.1, jan./abr. 2019, p. 73-88.

FOUCAULT, Michel (1972). **História da loucura na Idade Clássica.** 8º ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GALINDO, D.; MOURA, M.; PIMENTEL-MÉLLO, R.; **Comunidades Terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: Uma política de confinamento.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 50, jul./dez. 2017, p. 226-244.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. **Perfil das Comunidades terapêuticas Brasileiras** (nota técnica, n. 21) Brasília, DF: 2017

LEVY, Clarissa. A vida dos internos em comunidades terapêuticas é pular de inferno em inferno. **The Intercept-Brasil**, 2019. Disponível em: <<https://theintercept.com/2019/05/30/comunidades-terapeuticas-internos/>>. Acesso em: 02, jun. 2019.

LEVY, Clarissa; FERRAZ, Thaís. Clínica antidrogas tinha solitária, trabalho forçado e ameaças. Tudo pago pelo governo. **The Intercept-Brasil**, 2019. Disponível em: < <https://theintercept.com/2019/03/10/tratamento-drogas-governo/>>. Acesso em: 02, jun. 2019.

____. Quem ganha com a nova lei de drogas não são os dependentes químicos – são os donos de clínicas. **The Intercept-Brasil**, 2019. Disponível em: <<https://theintercept.com/2019/05/16/nova-lei-drogas-donos-clinicas/>>. Acesso em: 02, jun. 2019.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, set. 2007, p. 801-821.

MARONNA, Cristiano Ávila. Drogas: aspectos jurídicos e criminológicos. In: Conselho Regional de Psicologia da 6º Região. **Álcool e Outras Drogas.** São Paulo: CRPSP, 2011.

MAZUI, Guilherme. **Governo anuncia mais 3.395 vagas em comunidades terapêuticas para acolher dependentes químicos.** disponível em: <<https://g1.globo.com/google/amp/politica/noticia/2018/10/09/governo-anuncia-mais-3.395-vagas-em-comunidades-terapeuticas-para-acolher-dependentes-quimicos.ghtml>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MELO, M. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. **Sentidos construídos sobre a internação em comunidades terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas.** *Psicol. Estud.* Vol. 23, 2018, p. 1-16.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 26. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. **A Comunidade Terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: Mão ou contramão da Reforma Psiquiátrica.** *Ciência e saúde coletiva* [online]. 2014, p. 569-580.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, atores e políticas.** *Ciência e saúde coletiva* [online]. 2011, vol. 16, n, 12, p. 4579-4589.

REIS, Vilma. **Sobre as mudanças na Política de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>>. Acesso em: 02 de jun. de 2019.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.* 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. **As Comunidades Terapêuticas Religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil.** *Interface*, Botucatu, 2015, p. 515-526.

SANTOS, Maria Paula Gomes. **Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil.** In: **Comunidades**

terapêuticas: temas para reflexão Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2018, p. 17-36.

SERPA JR., Octavio Domont. (1999). **Sobre o “Nascimento” da Psiquiatria.** Por uma assistência psiquiátrica em transformação. *Cadernos do IPUB*, 3, Rio de Janeiro.

SILVA, Jair Lourenço. **Terapia de Rede Para Adictos: Programa de Tratamento e Prevenção Para Dependentes de Drogas em Comunidades Terapêuticas.** Universidade de São Paulo: São Paulo, 2011.

SILVA, L. G.; CALHEIROS, P. R. V. **Práticas empregadas no tratamento para dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas brasileiras: Uma revisão sistemática da literatura entre 2005-2015.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.9, n.23, Florianópolis, 2017, p. 67-83.

TEIXEIRA, M. B.; RAMÔA, M. L.; ENGSTROM, E.; RIBEIRO, J. M. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000-2016.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017, p. 1455-1466.

VASCONCELOS, M. P. N.; PAIVA, F. S.; VECCHIA, M. D. **O Cuidado Aos Usuários de Drogas: Entre Normatização e Negação da Autonomia.** Minas Gerais: *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2018, p. 363-381.