

Comunidade terapêutica na política pública de saúde mental: tensões e divergências
Therapeutic community in the public policy of mental health: tensions and divergences
Comunidad terapéutica en la política pública de salud mental: tensiones y divergencias

Recebido: 10/09/2020 | Revisado: 18/09/2020 | Aceito: 20/09/2020 | Publicado: 21/09/2020

Pedro Victor Modesto Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7408-7044>

Instituto de Educação Superior Raimundo Sá, Brasil

E-mail: pedro.victor17@gmail.com

Resumo

Dois lógicas de organização e intervenção no campo da saúde mental para pessoas com envolvimento problemático de substâncias psicoativas compõem o cenário brasileiro. De um lado, possuímos políticas públicas articuladas em redes de apoio psicossocial e conectadas com a garantia dos direitos humanos, intervenção social e comunitária e redução de danos, por outro lado, possuímos as comunidades terapêuticas que sustentam suas práticas em um tripé disciplina, espiritualidade e trabalho, regime residencial de assistência e abstenção do uso de drogas. Dessa forma, esse estudo objetiva desenvolver reflexões sobre as tensões e batalhas entre essas duas lógicas. Para isso, utilizamos da pesquisa bibliográfica na qual realizou-se uma descrição sobre a história das comunidades terapêuticas, a sua articulação e regulamentação empregadas no Brasil, como essas se apresentam organizadas e, concomitante, ampliação da sua força política ao conseguirem adentrar no Sistema Único de Saúde (SUS) sendo reconhecidas como um serviço na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). As tensões se apresentam na divergência de direcionamentos das intervenções, nas denúncias e defesas realizadas por ambos os campos, as mudanças empregadas pelo atual governo brasileiro ao financiar e retomar práticas asilares na política de saúde mental. Esses acontecimentos nos fazem problematizar como as conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira estão sendo atacadas nos exigindo a organização e defesa nesse campo de batalha visando a continuidade de uma luta antimanicomial.

Palavras-chave: Comunidade terapêutica; Saúde mental; Política pública; Reforma psiquiátrica.

Abstract

Two logics of organization and intervention in the field of mental health for people with problematic involvement of psychoactive substances make up the Brazilian scenario. On the one hand, we have public policies articulated in networks of psychosocial support and connected with the guarantee of human rights, social and community intervention and harm reduction, on the other hand, we have therapeutic communities that support their practices in a tripod of discipline, spirituality and residential assistance regime and abstaining from drug use. Thus, this study aims to develop reflections on the tensions and battles between these two logics. For this, we used the bibliographic research in which a description was made of the history of the therapeutic communities, their articulation and regulation employed in Brazil, how they are organized and, concomitantly, the expansion of their political strength when they are able to enter the Health Unic System (SUS) being recognized as a service in the Psychosocial Care Network (RAPS). The tensions are present in the divergence in the direction of interventions, in the denunciations and defenses made by both fields, the changes employed by the current Brazilian government when financing and resuming asylum practices in mental health policy. These events make us question how the achievements of the Brazilian Psychiatric Reform are being attacked, demanding the organization and defense in this battlefield aiming at the continuation of an anti-asylum struggle.

Keywords: Therapeutic community; Mental health; Public policy; Psychiatric reform.

Resumen

Dos lógicas de organización e intervención en el campo de la salud mental para personas con afectación problemática de sustancias psicoactivas conforman el escenario brasileño. Por un lado, tenemos políticas públicas articuladas en redes de apoyo psicosocial y conectadas con la garantía de los derechos humanos, la intervención social y comunitaria y la reducción de daños, por otro lado, tenemos comunidades terapéuticas que apoyan sus prácticas en un trípode de disciplina, espiritualidad y régimen asistencial residencial y abstinencia del consumo de drogas. Así, este estudio tiene como objetivo desarrollar reflexiones sobre las tensiones y batallas entre estas dos lógicas. Para ello, se utilizó la investigación bibliográfica en la que se hizo una descripción de la historia de las comunidades terapéuticas, su articulación y regulación empleada en Brasil, cómo se organizan y, concomitantemente, la expansión de su fuerza política cuando logran ingresar al Sistema Único. (SUS) siendo reconocido como un servicio en la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Las tensiones están presentes en la divergencia en la dirección de las intervenciones, en las denuncias y defensas

de ambos campos, los cambios empleados por el actual gobierno brasileño al financiar y reanudar las prácticas de asilo en la política de salud mental. Estos hechos nos hacen cuestionar cómo se ataca los logros de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, exigiendo la organización y defensa en este campo de batalla que apunta a la continuación de una lucha contra el asilo.

Palabras clave: Comunidad terapéutica; Salud mental; Política pública; Reforma psiquiátrica.

1. Introdução

Nesse artigo, recorte e atualização de capítulo teórico da pesquisa de mestrado “Comunidade Terapêutica e Hospitalidade: a questão do estrangeiro” (Batista, 2019) problematizaremos os modos como um campo de tensão e batalha entre duas lógicas de organização e intervenção dos trabalhos em saúde mental para pessoas com envolvimento problemático de substâncias psicoativas (SPAS) se apresenta no cenário brasileiro. De um lado encontramos as políticas públicas de saúde mental referenciadas por estratégias de redução de danos, modalidade de intervenção psicossocial com dispositivos de saúde de base territorial, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) e que deveriam estar integrados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e se conectando com a proposta de desinstitucionalizar, fortalecer os vínculos sociais e a qualidade de vida dos usuários desses serviços substitutivos ao modelo asilar (Nóbrega, Oliveira, Gomes & Barbosa, 2020), ou seja, conectada com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2001).

Em outro ponto dessa linha de forças encontramos as Comunidades Terapêuticas (CT), que utilizam da convivência residencial entre os pares, trabalho, disciplina e espiritualidade como suas estratégias de intervenção para conseguir a abstinência e a mudança de valores dos indivíduos que se submetem aos seus tratamentos. Portanto, percebe-se que esses posicionamentos operam por lógicas organizacionais e concepções distintas. Assim, nos questionamos aproximações e trabalhos compartilhados entre esses campos realmente é possível? O que se deseja nas políticas públicas de enfrentamento ao uso ou abuso de drogas será o mesmo que mobiliza as práticas de intervenção das comunidades terapêuticas? Para responder essas indagações é preciso retomar a origem das propostas inauguradas pelas CT apontando as transformações institucionais que essas sofrem e sofreram em decorrência dos processos históricos, governamentais e nas políticas públicas de saúde mental e apresentar o

campo de batalha entre esses dispositivos de saúde com a finalidade de problematizar como essas propostas associam-se a lógicas de sociedade, organização e intervenção dos trabalhos em saúde mental amplamente divergentes.

Dessa maneira, esse estudo objetiva desenvolver reflexões sobre as tensões e batalhas entre essas duas lógicas de trabalho no campo da saúde mental, justamente, para contribuir com os questionamentos sobre os direcionamentos da Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas. Posicionando-se criticamente as presentes alterações da política de saúde mental no país dando continuidade ao debate sobre o processo de contrarreforma psiquiátrica (Pitta & Gulior, 2019) e disputas entre esses modelos de cuidado (Santos, 2018).

2. Metodologia

Esse estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica que de acordo com Oliveira (2007) é uma modalidade de pesquisa que analisa documentos científicos como livros, artigos, ensaios dentre outras fontes consideradas relevantes para o aprofundamento reflexivo, crítico, descritivo ou comparativo do tema estudado. Assim, desenvolveu-se a busca preliminar em plataformas virtuais (Google Acadêmico; Periódico CAPES e LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) por artigos com os termos “Comunidade Terapêutica” e “Política de Drogas” com a finalidade de construir o aporte teórico e reflexivo sobre o desenvolvimento da política de saúde mental sobre álcool e outras drogas e o papel das CT.

Dessa forma, documentos legais, normas técnicas, relatórios, notícias e comunicações de conselhos profissionais e de organizações de CT, também foram selecionados, pois permitiram a construção dos argumentos contra e a favor dos modos de cuidado relacionados a droga desenvolvidos pelas CT. Assim, essa pesquisa se enquadra na modalidade de pesquisa qualitativa de caráter compreensivo, pois busca contextualizar essa questão específica (Pereira, Shitsuka, Parreira & Shitsuka, 2018).

3. Comunidade Terapêuticas origens e transformações históricas.

Sua origem é creditada ao psiquiatra social Maxwell Jones ao elaborar o modelo de Comunidade Terapêutica psiquiátrica em meados do século XX. Em sua visão sobre a atuação da psiquiatria, já nos apresenta uma crítica aos modelos vigentes em sua época, que era de internação hospitalar, centrada na figura dos especialistas e dissociada das bases comunitárias.

Para ele, a psiquiatria social deveria envolver o paciente, os familiares, amigos e até mesmo conhecidos ou pessoas que possuíssem um vínculo positivo com os pacientes nos cuidados visando à reintegração à sociedade (Jones, 1972).

A CT, nesse contexto, implicava uma mudança de organização dos serviços hospitalares para pessoas em sofrimento psíquico, visto que exercia drásticas transformações em relação ao poder médico dedicando maior responsabilidade na gestão dos cuidados aos próprios pacientes e demais atores sociais. Dessa forma, pretendia-se que os pacientes, seus parentes, equipe de saúde, a estrutura social em geral se tornasse mais democrática e igualitária. Assim, mobilizava a corresponsabilidade, a administração e gestão compartilhadas entre os membros da comunidade. Dessa maneira, é dada importância às discussões e relações interpessoais; estimula-se o diálogo e a resolução de conflitos. Propõem desenvolver grupos terapêuticos, reuniões coletivas, assembleias, reuniões diárias para facilitar a compreensão e a participação de todos no acompanhamento do tratamento (Jones, 1972).

Seguindo esses princípios, para Amarante (2013a; 2013b) essa experiência de CT é uma das primeiras expressões da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista, que as mudanças organizacionais dos hospitais como: ampliar a participação, promover a autonomia de outros membros da comunidade aos cuidados, fortalecer o trabalho em equipe juntamente com familiares e pacientes, são ações praticadas para evitar o abandono e a violência. Dessa forma, entendia-se a CT como um processo de reforma institucional que potencializaria o papel social, a horizontalidade nas relações e a democratização. Para esse autor, essa proposta não pode ser confundida com as ditas “fazendas” ou “casas” de tratamento de dependência de álcool e drogas, algumas de orientação religiosa, que de forma oportunista e fraudulenta se denominam Comunidades Terapêuticas para ganhar investimento financeiro, legitimidade científica e social.

Porém, de acordo com De Leon (2008) podemos definir dois modelos de CT: a psiquiátrica de Maxwell Jones e os programas de tratamento residencial de dependentes de álcool e drogas. Nessas últimas, alguns dos seus elementos são: práticas de autoajuda; a dependência química é tratada como doença da alma, que acomete a pessoa de forma integral, os sujeitos são caracterizados, na sua maioria, como ausentes de controle comportamental e emocional; e a cura se dá a partir da participação e envolvimento comunitário do paciente, essas podem ser instituições com preceitos religiosos ou não.

Esse segundo modelo de CT tiveram a influência em sua organização de alguns grupos como o Oxford, Alcoólicos Anônimos (AA) e Synanon. O Oxford de forte tendência religiosa (evangélica) influenciou as práticas que incluíam a ética do trabalho, o cuidado coletivo, a

pureza e o altruísmo, o autoexame, reconhecimento de defeitos de caráter e o trabalho colaborativo. O AA contribuiu com os 12 passos e as 12 tradições, que dá ênfase a perda do controle da pessoa em relação a sua dependência, também exercita o autoexame, a busca de ajuda em um poder superior e pessoal para realizar transformações no próprio eu, visa reparar males que se tenha cometido a outros, praticar a oração na luta pessoal e a oferta de ajuda a outros que estejam enfrentando o mesmo problema (De Leon, 2008).

O Synanon, grupo fundado em 1958 em Santa Mônica, Califórnia, é o que melhor apresenta os elementos essenciais das comunidades terapêuticas contemporâneas, pois por meio de conceitos, programas-modelos e práticas básicas sua organização conferiu uma sistematização para ser seguida em diferentes contextos. Eles recebiam fortes influências do AA seguindo alguns dos seus preceitos como: a recuperação por meio da autoajuda, a crença na capacidade de cura do indivíduo e, principalmente, a cura só ocorreria se a terapêutica se realizasse por meio do relacionamento de indivíduos em situação similar. A maior diferença do AA foi em relação à organização e ao ambiente, pois passou de um ambiente não-residencial para uma comunidade residencial intensiva de 24 horas, que oferecia todas as atividades de vida cotidiana (trabalho, lazer, alimentação, relacionamentos dentre outros), além de terapêuticas como: grupos terapêuticos e reuniões comunitárias (De Leon, 2008).

As diversas influências desses grupos para o enfrentamento de dependência química, bem como, fatores sociais e culturais, a vinculação a setores religiosos, da sociedade civil organizada, a filantropia, de natureza pública ou privada são todas características que contribuem com a maneira com que as comunidades terapêuticas se definem e organizam os seus modelos de atuação. Em um esforço de síntese De Leon (2008) define a CT como uma abordagem de autoajuda peculiar, em que se utiliza de fatores sociais e psicológicos para o tratamento de dependentes químicos e suas comorbidades, possui como meta terapêutica alterar o estilo de vida e a identidade do indivíduo, usa para isso a própria comunidade como método de tratamento para desenvolver estratégias de cuidado e competência para a inserção desses indivíduos em sociedade.

4. Comunidades Terapêuticas e Política Pública de Saúde Mental no Brasil: batalhas, articulações e tensionamentos.

O Brasil, por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS). Para isso, se constituiu uma rede de serviços com vários dispositivos de saúde em diferentes níveis de atenção, na básica estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Convivência; na especializada temos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, na urgência e emergência o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 h; na hospitalar nos Hospitais Gerais em suas enfermarias especializadas possuem-se leitos ou em Hospitais de Referência; e a residencial de caráter transitório com Unidades de Recolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial, nos quais se encontrava como serviço de apoio as CT, servindo como um dos pontos de atenção que compõe a RAPS. Essas instituições devem oferecer serviços de atenção em regime residencial, de caráter transitório por até 9 (nove) meses, com a oferta de cuidados destinados, até então, a adultos com problemas relacionados ao uso de SPAS (Brasil, 2011a).

Atualmente, por meio do Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas as CT devem ser integradas e articuladas a RAPS, pois como afirma o documento é um dos objetivos dessa política: “manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento **em comunidade terapêutica**, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social” (Brasil, 2019, grifo nosso). Dessa forma, percebemos como essas articulações entre público-privada, CT e RAPS, já se apresenta nos decretos do atual governo brasileiro demonstrando o claro desmonte do investimento em políticas públicas e o favorecimento de iniciativas privadas.

Perrone (2014) avalia se as CT brasileiras seriam ou não a favor da Reforma Psiquiátrica e chega à conclusão que no seu modelo originário de Comunidade Terapêutica psiquiátrica elas teriam muito mais semelhanças que divergências com a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, defendida pela legislação vigente (Brasil, 2001), que reestrutura todo o modelo de assistência em saúde mental, dando preferência a intervenções de base comunitária e territorial, não hospitalares ou com características asilar, garantindo os direitos e o exercício da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, buscando ampliar a sua participação social e reinserção na sociedade. Contudo, segundo o autor as CT são contundentemente organizadas como aquém da reforma por não seguirem as exigências mínimas para o seu funcionamento, não se regulamentarem e desenvolverem os trabalhos de modo desarticulado com a RAPS, o que inviabiliza sua assimilação como um serviço de atenção psicossocial conectado com os princípios da reforma ou da luta antimanicomial (Brasil, 2001; Perrone, 2014).

Para o funcionamento que seja consonante com as exigências da política de saúde mental as CT devem seguir a Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Assim, orienta as seguintes regras sanitárias para seu funcionamento: o principal instrumento terapêutico deverá ser a convivência entre o pares; a organização deverá dispor de ambiente adequados para realização das atividades coletivas, alimentação, educação e terapêuticas; deve possuir regulamentação frente aos órgãos públicos competentes; seguir as normas para estabelecimentos de saúde; manter profissional de nível superior responsável pelo tratamento e equipe técnica compatível com as atividades realizadas; os residentes precisam ter acesso aos seus históricos e participação ativa no seu planejamento terapêutico, bem como, no desenvolvimento das atividades coletivas e colaborativas para o funcionamento da instituição; a família deve ser incluída no acompanhamento dentre outras diretrizes. Todas essas orientações são destinadas às CT independente se são públicas, privadas ou filantrópicas (Brasil, 2011b).

Nova resolução é apresentada pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), a Resolução do CONAD nº 1, de 19 de agosto de 2015, que regulamenta no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de SPA, e se caracterizam como CT. Nesse documento, as CT são consideradas instituições de apoio as redes de saúde e assistência social integrando o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ou seja, devem se articular a essas redes para a oferta de uma atenção ampliada. Logo, necessitam de orientação, regulamentação e diretrizes para realizar as devidas articulações (Brasil, 2015).

Nesta resolução, as CT são definidas como pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, com as seguintes características: 1) adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sociofamiliar e econômica do acolhido; 2) ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares; 3) programa de acolhimento; 4) oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, atividades educativas, culturais e de desenvolvimento espiritual e 5) promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa (Brasil, 2015). Em relação ao financiamento de acordo com a Portaria SAS/MS nº 1.482 de 25/10/2016, as CT passam a ser consideradas estabelecimento de saúde, capacitando-as ao investimento dos poderes públicos (Brasil, 2016).

Dessa forma, avanços consideráveis são desenvolvidos nessas resoluções para as CT, visto que, orientam sua organização em relação a modalidades de acolhimento, encaminhamento para a rede, documentação, regulamentação e financiamento. A resolução do CONAD apresenta modelos de acompanhamento dos residentes por meio do Plano de Atendimento Singular (PAS), que visa monitorar o acolhimento individual, devendo reunir todas as informações do residente, assim como, se o mesmo possui vínculos com outros serviços, família e comunidade, reconhece o direito das pessoas acolhidas com o foco na reinserção social, garantia dos seus direitos e fortalecimento dos vínculos com a família e a sociedade (Brasil, 2015).

No entanto, para Schlemper Junior (2017) não basta à aplicação da RDC 29/2011 se essa não for compatível com uma atuação eficaz da Vigilância Sanitária pelos municípios e o Estado norteados pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). Para ele, a vigilância não deve se nortear apenas na fiscalização e normativas do funcionamento da CT, mas investir em capacitação e educação dos profissionais que atuam nessas CT e na vigilância sanitária levando em consideração o preconizado pela DUBDH. Dessa maneira, dirigentes, técnicos e profissionais da saúde deveriam ser capacitados em bioética e as diretrizes de fiscalização da vigilância sanitária devem agregar a sua avaliação da CT os princípios éticos desenvolvidos nos cuidados, assistência, acompanhamento e articulação com a RAPS, promovendo a responsabilidade social, o respeito à pluralidade e a dignidade humana, os direitos humanos, a liberdade fundamental, a equidade em saúde e fortalecendo os princípios do SUS, tendo em vista, a população assistida pelas CT como uma população vulnerável e atingida pela pobreza e desigualdade social.

Do mesmo modo, o acolhimento dessa população e as práticas de cuidado desenvolvidas nas CT deveriam ser respaldados pela bioética. Segundo Schlemper Junior (2018) os princípios bioéticos possíveis de serem desenvolvidos nas CT seriam: a autonomia do acolhido, compreendida como a capacidade de tomar decisão e gerir sua vida, respeitando-se as escolhas, as opiniões e suas idiossincrasias, salvo quando a pessoa estiver com limitações de deliberar sobre a sua própria autonomia essa deverá ser protegida com a finalidade de ampliar a sua capacidade de responder por si mesma quando restabelecido seu poder de deliberação; a privacidade e a confidencialidade, sendo a limitação do acesso às informações dos acolhidos, preservando a sua intimidade e autonomia; alteridade, o reconhecimento, compreensão e entendimento do Outro na relação de forma respeitosa, generosa e altruísta; espiritualidade, entendida como uma dimensão humana que promove o bem-estar e a saúde produz conforto, esperança e significações para a vida dos indivíduos,

ressaltando que essa compreensão é diferente da religião e seus dogmas; a solidariedade, que é um dos valores sociais que referenciam a sociabilidade, o voluntariado, a ajuda comunitária e o a orientação da comunidade pelos mesmos interesses em prol da responsabilidade social, que deve ser exercida de forma crítica e politizada; e por fim, o cuidado respeitoso essa forma de cuidar se distancia dos modelos tutelares e paternalistas, pois deve demonstrar responsabilidade, competência, sensibilidade, respeito e valorização das relações interpessoais entre cuidador e acolhido. Contudo, se faz necessário frisar que essas instituições necessitam de melhorias técnicas e éticas no exercício da condução dos seus trabalhos.

Assim sendo, as regulamentações das CT tomam proporção nacional, sendo matéria de notícias e debates, principalmente, no que diz respeito a possibilidade do financiamento público dessas instituições. Levantam-se denúncias sobre a presença de maus tratos, tortura e até morte dentro dessas instituições, portanto, são veiculadas com a finalidade de sensibilizar a população sobre os desvios das políticas públicas em saúde mental (Quaresma, 2017). Relatórios e inspeções são realizados para expor condições precárias, desorganização dos serviços, violações aos direitos humanos, irregularidades no funcionamento e o não cumprimento das resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Assim, órgãos como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) (CFP, 2011; CFP, MNPCT & PFDC/MPF, 2018), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (CFESS, 2018), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal (PFDC/MPF), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) (CFP, MNPCT & PFDC/MPF, 2018; MNPCT, 2017), realizaram essas inspeções apresentando as desorganizações desses serviços e as violações às legislações que orientam a política pública de saúde mental. Atividades como: práticas de trabalho forçado para a manutenção da instituição pelos próprios internos, sendo denominada de laborterapia; disciplinamento por meio de regras e ameaças de prolongamento da internação, administração de medicamentos para contenção, aumento de horas de trabalho e diminuição dos horários de lazer como medida punitiva para os que desobedecem as normas; internação compulsória sem avaliação médica e de forma violenta, ou seja, uma série de ações degradantes e não terapêuticas se fizeram presentes nessas inspeções.

Tantas investidas contra a inclusão das CT como estabelecimentos de saúde fizeram com que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elaborasse uma recomendação junto ao Ministério Público e ao Ministério da Saúde para a revogação da Portaria SAS/MS nº 1.482 de 25/10/2016, por entender que essas instituições não atendem aos critérios básicos da legislação vigente (Brasil, 2017). Porém, esses debates ainda não terminaram e continuam a

gerar divergência entre os profissionais da saúde que orientam suas práticas de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica, os movimentos sociais e populares em defesa dos direitos humanos e das pessoas com problemas relacionados ao uso e abuso de SPAS e CT que não buscam a regulamentação e distanciam-se dessas propostas.

A Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT) levanta-se em defesa das CT e publica manifesto contra o relatório de inspeção desenvolvido pelo CFP, MNPCT e PFDC/MPF. Nesse documento, afirmam que o relatório possui visão generalista, por retirar suas conclusões de 28 casos analisados de um universo de mais de 2.000 unidades de CT distribuídas pelo Brasil, ventila ideologia com a finalidade de deslegitimar os serviços por elas ofertados ao realizar comparações com modelos hospitalares, manicomiais e psiquiátricos, no qual, eles não se reconhecem, pois argumentam que são serviços sem fins lucrativos, que prestam assistência a famílias e pessoas que usualmente (salvo os casos de internações compulsórias encaminhadas pela justiça) recorrem a suas atividades de forma voluntária, sendo esse um dos critérios de permanência na CT. Reiteram que são instituições reconhecidas legalmente e que seguem as normativas e regulações dos órgãos de fiscalização e financiamento e que práticas de tortura, maus tratos e violações de direitos não são tolerados nessas instituições (CONFENACT, 2018).

Assim, na tentativa de traçar o perfil dessas instituições no Brasil, a Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) lançaram nota técnica apresentando a estrutura, o perfil dos trabalhadores e usuários desses serviços, as condições de organização e terapêutica das CT e como adquirem financiamento para o seu funcionamento. Verificou-se que o trabalho das CT se articula por meio do tripé trabalho-disciplina-espiritualidade, a laborterapia e o cultivo da espiritualidade seriam as ferramentas metodológicas mais aplicadas nesse contexto. Logo, a maioria das CT se vinculam a igrejas e organizações religiosas e utilizam da religiosidade não apenas como um instrumento de conversão religiosa, mas como uma base de conversão moral, na qual a fé, a leitura das escrituras sagradas do cristianismo são aliadas fortes na condução das terapêuticas. Para o documento, as CT vêm se profissionalizando e se padronizando na sua organização em relação às terapêuticas, quantidade de dormitórios, modos de financiamento e com a incorporação de profissionais da saúde, com melhorias organizacionais e de participação das CT em conselhos de políticas públicas (Ipea, 2017).

Dessa forma, percebemos como as resoluções e regulamentações incentivaram as CT a se organizarem para oferecer um serviço que deveria se articular com a RAPS e, respectivamente, com a finalidade de conseguir os investimentos públicos no seu

funcionamento. Em relação à organização, enquanto corpo técnico, encontramos em Ribeiro e Minayo (2015) três modelos de organização: as CT religiosas-espirituais, com atuação de religiosos e ex-internos nas funções de monitorar as atividades e gerência; as científicas, que possuem em sua administração e execução das propostas terapêuticas os médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, profissionais da saúde; e a mista que engloba a contribuição de ambos os grupos. Sobre sua metodologia de trabalho há uma predominância da metodologia Minnesota, de abordagem espiritual, baseada na ajuda mútua e nos 12 passos e do Synanon com o método da confiança na superação individual e da laborterapia.

Assim sendo, na experiência brasileira de CT, as instituições religiosas são as que mais administram e organizam esses serviços, pois o exercício da filantropia e da caridade, a aproximação com as populações em situação de vulnerabilidade, as características de missões religiosas em busca de “salvar” as pessoas do pecado ou da perdição fizeram com que houvesse a redução das práticas de cuidado para o exercício do tratamento moral-religioso, que se tornou uma das características essenciais desse modelo. Desse modo, utiliza da criação de uma rotina e do compartilhamento de atividades como pilares do funcionamento do serviço, ou seja, é por meio do voluntariado de membros da comunidade religiosa, internos, ex-internos, os “amigos” ou apoiadores desses serviços que se organizam as atividades do cotidiano. Logo, a condução da terapêutica é marcada por uma visão moralista e cristã, o testemunho, os cultos e reuniões de leitura da bíblia tentam realizar tanto uma conversão dos residentes da CT como a modificação dos seus valores e comportamentos em relação às drogas, essa sendo vista como um artífice do Diabo para manter a pessoa no pecado. Sendo evidente o proselitismo e a intolerância religiosa (CFP, MNPCT & PFDC/ MPF, 2018; Ribeiro & Minayo, 2015).

Portanto, é, justamente, onde as políticas públicas e os serviços em saúde mental falham que as comunidades terapêuticas religiosas ganham sua força e representação frente à sociedade, pois executam como “primeiro serviço” à retirada das pessoas com problemas relacionados ao uso e abuso de SPAS da convivência social e desenvolvem em sua rotina de culto e trabalho na tentativa da superação e transformação dessas pessoas dos seus “vícios”, que seria tanto a dependência como todas as formas de “pecado”. Dessa forma, a terapêutica exige que se cumpra uma série de proibições e normas como: a abstinência do uso de droga e de relações sexuais, o cumprimento da rotina da instituição; o respeito à hierarquia entre os que estão em tratamento, os monitores e os profissionais, e até mesmo, modos de se vestir e de cortar o cabelo, portanto, uma série de disciplinamentos e controle dos corpos respaldado em uma visão higienista e estigmatizada pautadas no isolamento e proibicionismo (Ipea,

2017; Ribeiro & Minayo, 2015; Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015; Galindo, Moura & Pimentél-Méllo, 2017).

Mesmo com tantas evidências de irregularidades, violações de direitos humanos, maus tratos e atuação precária de muitas comunidades terapêuticas, o atual governo brasileiro reformula a Política Nacional de Saúde Mental e lança por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) a Nota Técnica N° 11/2019, que visa dar esclarecimentos sobre os rumos da “Nova Saúde Mental”. Mudanças polêmicas são apresentadas como o retorno dos Hospitais psiquiátricos e a inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS. A partir dessa reformulação, as CT são consideradas dispositivos de saúde mental, não fazem mais parte de redes de apoio ou suplementares, podem, assim como os demais dispositivos da RAPS receber financiamento do SUS. Para isso comissão interministerial com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social se articularam para deliberar sobre critérios para o funcionamento, expansão e financiamento das CT. Essa nota técnica é um ataque direto as conquistas desenvolvidas no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, pois afirma contundentemente que não se pautará na lógica de fechamento de nenhum serviço, não compreende nenhum dispositivo na saúde mental como substitutivo de outro, afirma que todos são importantes e que devem se pautar no desenvolvimento de ações embasadas nas evidências científicas atualizadas (Ministério da Saúde, 2019).

No entanto, as organizações como a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASM) por meio de debate com Ana Pitta e Sonia Barros, referências em saúde mental no país, o CFP, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) e o Paulo Amarante, coordenador do Laboratório de Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (LAPS/ENSP/Fiocruz) se pronunciaram contra a nota técnica afirmando que se trata de uma Contra Reforma que descaracteriza as conquistas alcançadas nos últimos 40 anos do processo de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, pois valida a segregação e exclusão de pessoas com sofrimento psíquico, retorna ao modelo asilar e manicomial ao incluir na RAPS os Hospitais Psiquiátricos e as CT, fortalecendo o poder biomédico, a medicalização e estigmatização. Em relação ao enfrentamento dos problemas relacionados às SPAS fica claro o foco nas medidas de abstinência e guerra as drogas. Dessa forma, mesmo, em vários pontos onde a nota cobra evidencia científica dos serviços em saúde mental ela não é clara sobre os dados científicos que corroboram os seus posicionamentos, por exemplo, quando cita a necessidade de realizar internação de crianças e adolescentes em Hospital Psiquiátrico e da compra e uso de aparelhos para eletroconvulsoterapia (ECT). Na

opinião desses órgãos representantes de classe profissional e dos pesquisadores da área de saúde mental no país o que está em jogo é um grande retrocesso e ataque a Política Nacional de Saúde Mental que estava sendo implementada visando o retorno de uma lógica manicomial e asilar e o aumento de recursos para setores da indústria hospitalar e grupos que gerenciam as CT (Amarante, 2019; CFP, 2019; COREN-SP, 2019; Pitta & Barros, 2019).

O Governo Federal investiu R\$ 87.000.000,00 (oitenta e sete milhões de reais) para financiamento de Comunidades Terapêuticas, dobrando o número de vagas para acolhimento. Com a expectativa de acolher mais de 20.000 pacientes em um ano. Assim, essa nota técnica ao incluir as CT na RAPS só demonstra continuidade das intenções políticas desenvolvidas nesses últimos anos, o fortalecimento da organização e envolvimento na política pública das CT (Ministério da Saúde, 2018). De acordo com o edital de credenciamento do Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), os valores referentes à prestação dos serviços de acolhimento serão: a) R\$ 1.172,88 (um mil cento e setenta e dois reais e oitenta e oito centavos), por mês, por serviços de acolhimento de adulto; b) R\$ 1.596,44 (um mil quinhentos e noventa e seis reais e quarenta e quatro centavos), por mês, por serviços de acolhimento de adolescente; c) R\$1.528,02 (um mil quinhentos e vinte e oito reais e dois centavos), por mês, por serviços de acolhimento de mãe nutriz, acompanhada do lactente (Ministério da Justiça, 2018). Esses investimentos governamentais é um claro fortalecimento das articulações políticas das CT.

Assim, compreende-se que as CT e os serviços que compõem a RAPS são ancorados em orientações bastante diferentes, se esses buscam a articulação em rede e interinstitucionais, norteados por ideal reformista, comunitário, valorizando os saberes populares, a redução de danos, autonomia, liberdade e fortalecimento de vínculos familiares e de cuidado, por outro lado temos instituições conservadoras, segregacionistas, higienistas, limitadas por uma moral religiosa e noção de trabalho como expiação de “vícios e pecados”. Para Costa (2009) não podem ser negadas essas diferenças, mas buscar integração entre os serviços. Em sua posição, os serviços de saúde mental deveriam dar suporte aos trabalhos desenvolvidos pelas CT, educar e capacitar os profissionais das CT que não devem ter uma abordagem leiga ou amadora sobre a questão da dependência química, acompanhar e referenciar os usuários, ampliar as intervenções e encaminhamentos com vista à reinserção social. Para ela, as propostas de intervenção de cada um desses serviços devem ser postos com clareza dos papéis e da operacionalização de suas intervenções, ou seja, os trabalhos

deveriam ser interdisciplinares e articulados com a finalidade de ampliar a oferta de ações e acompanhamento da complexidade da questão social associada à dependência de SPAS.

Contudo, questionamos seriam os serviços de saúde mental os responsáveis a realizar essa assessoria e organização, frente à complexidade de ações e demandas que eles já possuem? Estariam as CT abertas a esse tipo de intervenção e transformação das suas bases teológicas para uma compreensão desinstitucionalizante, antimanicomial, articulada com a comunidade e pensando a superação e enfrentamento dos processos de vulnerabilização e violência das pessoas e grupos sociais por elas atendidas? Na verdade, o que se sobressalta são as contradições, desarticulações, tensionamentos e disputas entre esses serviços (César & Rodrigues, 2013; Carvalho & Dimenstain, 2017).

Dessa forma, Fossi e Guareschi (2019; 2015) analisam as CT como ambientes que mesclam características de três instituições, a saber: cadeia, igreja e hospital psiquiátrico. Assim, além da lógica manicomial, segregacionista e excludente, dirigida prioritariamente por uma moral religiosa são lugares que exercem o controle sobre as vidas (biopoder) dos seus residentes, utilizam de ferramentas de punição e disciplina para conformar e assujeitar a uma moral cristã e ao modelo neoliberal e de exploração do trabalho das sociedades capitalistas modernas. Dessa forma, as características de fechamento e exclusão social, o discurso religioso, os trabalhos e “laborterapias” para ensinar a organização e a disciplina produzem a invisibilidade social, a criminalização e marginalização, o racismo de Estado, com políticas voltadas para um grupo populacional específico que irá sofrer com suas sanções, e o assujeitamento desses indivíduos que serão patologizados, esquadrinhados e excluídos caso não corresponda a lógica da produção capitalista. Dessa maneira, as CT ao serem inseridas nas políticas públicas de saúde mental nos fazem ver como o Estado brasileiro retorna o direcionamento das suas ações por meio de uma política do pânico e guerra as drogas, que está longe de acabar, tendo em vista, esses constantes desacordos sejam em relação ao direcionamento de suas políticas ou na prática e execução dos serviços de saúde mental para álcool e drogas.

Um exemplo desse retrocesso é apresentado por Passos, Araújo, Gomes e Farias (2020) ao problematizar os anos de 2017-2020 da Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas na cidade do Rio de Janeiro. Para as autoras, o desmonte da política de saúde e de saúde mental infligidas nesses quatro anos contribuiu com a ampliação das comunidades terapêuticas e os seus financiamentos, concomitantemente, com o aumento da violência e autoritarismo. Tendo em vista, que as CT exercem em seu serviço o modelo asilar, violento, excludente e segregacionista, ou seja, tornam-se os novos manicômios da política de drogas

no presente contexto. As populações pauperizadas, negra, moradores de favela, pessoas em situação de rua, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, intersexuais (LGBTI+) são os mais atingidos com essas marcas da exclusão e violência desse Estado autoritário e conservador que investe nessas instituições para operarem as suas necropolíticas. Essas políticas de morte que escolhem quem deve viver ou morrer, quem deve circular nas cidades ou serem internados compulsoriamente, quem tem o direito aos seus corpos e aqueles que os devem ter controlados (Mbembe, 2016).

5. Considerações Finais

Notamos que na sua origem as Comunidades Terapêuticas Psiquiátricas eram um dispositivo de mudança e resistência aos modelos hegemônicos. Porém, com os atravessamentos dos discursos religiosos, proselitismo, tradições e orações de grupos e comunidades para o controle/disciplinamento das pessoas com uso problemático de SPAS essas características de mudança de paradigma psiquiátrico, defesa e garantia dos direitos humanos, luta antimanicomial se esgarçaram. No Brasil, essas instituições transformam-se em espaços que articulam o assistencialismo, filantropia, cristianismo e proibicionismo a uma lógica moral e de disciplina. Assim, tornando-se instituições de fechamento e controle dos corpos dissidentes.

As disputas se deram nos campos legislativos, regulamentares e de intervenção na política pública de saúde mental passaram de serviços de apoio em caráter residencial para dispositivos da RAPS, conseguiram regulamentações, decretos e normativas que possibilitaram o financiamento público, sua característica mista de abrigo e dispositivo de saúde contribuiu para se fazer a conquista de diversas fontes de investimento, pois podem receber como instituições filantrópicas, serviço de saúde ou de assistência social. Essa conquista se deu pelo avanço de uma gestão neoliberal e conservadora do Governo Federal que visa fortalecer a iniciativa privada, empreendedorismo, nos serviços públicos, bem como, da articulação política dessas instituições. Juntamente, com as denúncias e apresentação dos retrocessos que esses investimentos e articulações entre política pública e CT que mercantiliza práticas de saúde e retoma a lógica manicomial percebemos o movimento de resistência dos movimentos sociais organizados e conselhos de classes profissionais.

“É preciso estar atento e forte” (Velooso & Gil, 1969), pois os avanços de políticas neoliberais, o desmonte das políticas públicas, o retorno dos manicômios se faz presente no contemporâneo. Logo, é visível a necropolítica operada pela atual gestão do governo

brasileiro. Resistir, denunciar e agir encontra-se na agenda do dia. A Luta antimanicomial precisa se fazer combativa e demonstra que sua força de articulação, problematização, empoderamento e criatividade continuam vivas. Reforçamos que mais estudos devem ser desenvolvidos na apreciação das políticas de saúde mental, justamente, para manter o debate, análise crítica e reflexões permanentes sobre os direcionamentos e mudanças presentes no curso das ações em saúde mental.

Referências

Amarante, P. (2013a). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (4a ed.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Amarante, P. (2013b). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. (2a ed.), Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (2019). *Entrevista: Paulo Amarante comenta mudanças na política de Saúde Mental*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=kZFZGZ01r5k>.

Batista, P. V. M. (2019). *Comunidade terapêutica e hospitalidade: a questão do estrangeiro* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Piauí. Parnaíba, Piauí, Brasil.

Bolonheis-Ramos, R. C. M., & Boarini, M. L. (2015). Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde*, 22(4), 1231-1248.

Brasil. (2001). Ministério da Saúde (MS). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 2001; 6 abr.

Brasil. (2011a). Ministério da Saúde (MS). *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), 2011; 23 dez.

Brasil. (2011b). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial da União*, 2011; 1 jul.

Brasil. (2015). Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. Resolução do CONAD nº 1, de 19 de agosto de 2015. *Diário Oficial da União*, nº 165, 1, 51.

Brasil. (2016). Ministério da Saúde (MS). Secretária de Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. *Diário Oficial da União*, nº 207, 1, 51.

Brasil. (2017). Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 12 de maio de 2017, referente à portaria SAS/MS nº 1.482, que inclui as Comunidades Terapêuticas na tabela do CNES como estabelecimento de saúde*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco043.pdf>.

Brasil. (2019). *Decreto 9.761 de 11 de abril de 2019*. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília (DF). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm.

Carvalho, B., & Dimenstein, M. (2017). Análise do Discurso sobre Redução de Danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica. *Temas em Psicologia*, 25(2), 647-660.

César, E. A. F., & Rodrigues, L. B. (2013). Os CAPS-AD, as Comunidades Terapêuticas e o “usuário de drogas”: polêmicas e paradoxos. *A Cor das Letras*, 19 (03), 209-220.

Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT). (2018). *Manifesto da CONFENACT: Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Recuperado de <http://www.confenact.org.br/wp-content/uploads/2018/06/MANIFESTO-CONFENACT-sobre-Relat%C3%B3rio-Inspe%C3%A7%C3%A3o-CFP-MPF-e-Outros-de-18-06-2017.pdf>.

Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal

(PFDC/ MPF). (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília, DF: CFP.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. (2a ed.), Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2019). *CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde*. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). (2018). *Relatório de Fiscalização: Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas*. Brasília: CFESS. Recuperado de <http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). (2019). *Norma sobre saúde mental desrespeita exercício profissional da enfermagem*. Recuperado de <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/norma-sobre-saude-mental-desrespeita-exercicio-profissional-da-enfermagem/>.

Costa, S. F. (2009). As Políticas Públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. *Serviço Social em Revista*, 11 (2), 1-14.

De Leon, G. (2008). *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. (2a ed.), São Paulo: Edições Loyola.

Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(1), 94-115.

Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2019). Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(1), 73-88.

Galindo, D., Moura, M., & Pimentél-Méllo, R. (2017). Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento. *Barbarói*, (50), 226-244. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.11239>.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). (2017). *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Nota técnica, nº 21. Recuperado de http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf.

Jones, M. (1972). *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes.

Mbembe, A. (2016). Necropolítica. *Arte & Ensaios*, (32), 123-151. Recuperado de <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>.

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). (2017). *Relatório de missão a unidade de privação de liberdade do Estado do Mato Grosso*. Brasília: MNPCT.

Ministério da Justiça. (2018). Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). *Edital de credenciamento – SENAD Nº 01/2018*. Recuperado de <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/chamamento-publico/chamamento-publico-senad-no-01-2018/edital.pdf>.

Ministério da Saúde. (2018). *Governo Federal destina R\$ 87 milhões ao acolhimento de dependentes em comunidades terapêuticas*. Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43093-governo-federal-destina-r-87-milho-es-ao-acolhimento-de-dependentes-em-comunidades-terapeuticas>.

Ministério da Saúde. (2019). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Recuperado de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.

Nóbrega, W. F. S., Oliveira, M. E. C., Gomes, K. A. L., & Barbosa, D. V. (2020). A importância do apoio social para a reabilitação de usuários de drogas: uma análise no

território brasileiro. *Research, Society and Development*, 9 (8), 1-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6437>.

Oliveira, M. M. (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Passos, R. G., Araújo, G. C. L., Gomes, T. M. S., & Farias, J. S. (2020). Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na Cidade do Rio de Janeiro. *Argum.*, 12(2), 125-140.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. Santa Maria, RS: UFSM, NTE. Recuperado de https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para a recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (2), 569-580.

Pitta, A. M. F., & Barros, S. (2019). A contra política de saúde mental: a Reforma Psiquiátrica ameaça. Recuperado de <https://www.facebook.com/saudementalabrasme/videos/1044668065725021/>.

Pitta, A. M. F., & Gulior, A. P. (2019). A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades*, (246), 6-14.

Quaresma, F. (2017). Torturas, maus-tratos, mortes em hospitais psiquiátricos e abrigos. Até quando? *Abrasco*. Recuperado de <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/torturas-maus-tratos-mortes-em-hospitais-psiquiatricos-e-abrigos-ate-quando/29744/>.

Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface*, 19 (54), 515-526.

Santos, M. P. G. (2018). Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In.: Santos, M. P. G. (Org.) *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. 17-36. Rio de Janeiro: IPEA.

Schlemper Junior, B. R. (2017). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: referência para a vigilância sanitária em comunidades terapêuticas. *Rev Bioét.*, 25 (3), 462-472.

Schlemper Junior, B. R. (2018). Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. *Rev Bioét.*, 26 (1), 47-57.

Veloso, C., & Gil, G. (1969). Divino Maravilhoso. Intérprete: Gal Costa. Álbum: Gal Gosta, faixa, 2.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Pedro Victor Modesto Batista – 100%