



Universidade de Brasília (UnB)
Instituto de Ciências Humanas (IH)
Departamento de Serviço Social (SER)
Programa de Pós-graduação em Política Social (PPGPS)

MARIANNA NASCIMENTO FERNANDES

**OBEDECER, TRABALHAR E ORAR: AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
COMO POLÍTICA DE ESTADO NA CONTRAMÃO DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

BRASÍLIA
2023

MARIANNA NASCIMENTO FERNANDES

**OBEDECER, TRABALHAR E ORAR: AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
COMO POLÍTICA DE ESTADO NA CONTRAMÃO DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Andréia de Oliveira

BRASÍLIA

2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com
os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FF363o Fernandes, Marianna Nascimento
Obedecer, trabalhar e orar: as Comunidades Terapêuticas
como política de Estado na contramão da Reforma Psiquiátrica
Brasileira / Marianna Nascimento Fernandes; orientador
Andréia de Oliveira. -- Brasília, 2023.
114 p.

Dissertação (Mestrado em Política Social) -- Universidade
de Brasília, 2023.

1. Saúde Mental. 2. Álcool e outras drogas. 3.
Comunidades Terapêuticas. 4. Neoliberalismo. 5.
Contrarreforma Psiquiátrica. I. Oliveira, Andréia de,
orient. II. Título.

MARIANNA NASCIMENTO FERNANDES

**OBEDECER, TRABALHAR E ORAR: AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
COMO POLÍTICA DE ESTADO NA CONTRAMAÇÃO DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Andréia de Oliveira
(Orientadora–SER/PPGPS/UnB)

Prof^a Dr^a Maria Aparecida Gussi
(Membro interno - ENF/ FS/
UnB)

Prof^a Dr^a Tânia Regina Krüger
(Membro externo - PPG-
SS/UFSC)

Prof^a Dr^a Miriam de Souza Leão de Albuquerque
(Membro suplente – SER/UnB)

Esta dissertação é dedicada a todos e a todas que tiveram suas vozes silenciadas e suas existências subjogadas.

AGRADECIMENTOS

Escrever uma dissertação de mestrado exige esforço, dedicação e suporte. Esta pesquisa não é só minha, ela é parte de uma construção coletiva de anos que me possibilitaram o privilégio de poder estudar e fazer pesquisa em uma Universidade.

Por isso, tenho muito a agradecer a todos que me possibilitaram percorrer o caminho até aqui.

Sou grata ao universo por ter me permitido ocupar este lugar, pelos caminhos delineados que me fizeram buscar sempre o conhecimento.

Aos meus pais, Aleide e Gilberto, que nunca mediram esforços para me proporcionar o melhor acesso possível à educação. Por nunca me deixarem cair, mesmo nos momentos mais difíceis, sempre foram meu alicerce. Sem vocês nada disso teria sido possível.

À Marcella, minha irmã e professora, que sempre me incentivou a buscar o caminho dos estudos, sempre acreditando no meu potencial. Sempre me inspirou e por quem tenho imensa admiração.

Ao Mateus, que em uma conversa informal me encorajou a entrar no universo acadêmico e desde sempre se disponibilizou a ajudar.

À minha tia Ivanete, que considero como minha segunda mãe. Sou grata por todo o apoio que sempre deu a mim e à minha família.

À minha prima Maríllia. Sou grata pela sua amizade, sensibilidade e acolhimento. Como você sempre diz, somos uma pela outra, sempre!

Ao Andrey, que esteve comigo nesse percurso e sempre acreditou em mim, mesmo quando nem eu acreditava, deu suporte, carinho e acolhimento em todos os momentos.

À Universidade de Brasília e em especial ao Programa de Pós-Graduação em Política Social, que me proporcionou acesso a trocas e reflexões.

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola Superior de Ciências da Saúde, que me inseriu na Saúde Mental e me direcionou por caminhos que me construíram enquanto profissional e enquanto ser humano. Entendendo que vale sim a pena buscar novos horizontes e novas formas de cuidado que não aprisionem os sujeitos.

À professora Dra. Andreia, pela sua contribuição e por compartilhar comigo a sua experiência e conhecimento. Grata pela compreensão e sensibilidade. Sou grata ainda por ter confiado a mim a difícil e enriquecedora tarefa da prática docente.

Às professoras Maria Aparecida Gussi, Tânia Regina Krüger e Miriam de Souza Leão de Albuquerque, que compõem a banca avaliadora desta dissertação, pela disponibilidade e contribuição.

Ao GEPSaúde e a todos que o compõem, pelas trocas e debates tão ricos.

À turma de prática docente que junto com minha companheira Carol, permitiu a imersão em debates, reflexões e trocas enriquecedoras.

Por fim, a todos e a todas que fizeram parte da minha trajetória até aqui.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo geral analisar as características e as funcionalidades das Comunidades Terapêuticas (CTs), considerando o contexto de acirramento das medidas neoliberais, contrarreformistas e neoconservadoras, a fim de desvendar a expressividade da (re)manicomialização na Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas (PNAD) na contramão da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira. O intuito é construir reflexões críticas acerca da configuração das CTs no Brasil, sob a ênfase da tríade disciplina-trabalho-espiritualidade que compõe o modelo interventivo dessas instituições. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. No percurso do estudo científico utilizou-se a técnica de análise temática. Para atingir o objetivo proposto, foi realizada revisão bibliográfica abrangendo artigos científicos, capítulos de livros, teses e dissertações relacionadas ao objeto de estudo e pesquisa documental, por meio de normativas, legislações relativas, notas técnicas e relatórios produzidos por institutos de pesquisa, relatórios de inspeção e fiscalização e sítios eletrônicos. O estudo evidenciou que no cenário de acirramento das medidas conservadoras e de contrarreformas, o Estado brasileiro priorizou a implementação e fortalecimento da política pública em álcool e drogas na contramão de uma racionalidade sanitária, dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da RP. As CTs passam a ocupar lugar estratégico no atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de Substâncias Psicoativas (SPA), sem regramento claramente definidos e subsidiadas financeiramente pelo Estado, permitindo que tais instituições passem a operar uma política pública pautada em modelo de atenção sem respaldo científico, fundamentada em crenças e na transformação moral dos sujeitos.

Palavras-chave: Saúde Mental; Álcool e outras drogas; Comunidades Terapêuticas; Neoliberalismo; Contrarreforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This dissertation has the general objective of analyzing the characteristics and functionalities of Therapeutic Communities (TCs), considering the context of aggravation neoliberal, counter-reform and neoconservative measures, in order to unveil the expressiveness of (re)manicomialization in the National Policy on Alcohol and Other Drugs (PNAD) contrary to the Brazilian Psychiatric Reform (RP). The purpose is to build critical reflections about the configuration of TCs in Brazil, under the emphasis of the triad discipline-work-spirituality that makes up the interventional model of these institutions. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. In the course of the scientific study, the thematic analysis technique was used. To reach the proposed objective, a bibliographic review was carried out, including scientific articles, book chapters, theses and dissertations related to the object of study and documentary research, by means of norms, relative legislations, technical notes and reports produced by research institutes, inspection and supervision reports, and websites. The study showed that in the scenario of intensification of conservative measures and counter-reforms, the Brazilian State prioritized the implementation and strengthening of public policy on alcohol and drugs against a health rationality, the principles of the Unified Health System (SUS) and the PR. The TCs now occupy a strategic place in the care of people with needs arising from the use of Psychoactive Substances (ASP), without clearly defined regulations and financially subsidized by the state, allowing these institutions to operate a public policy based on a model of care without scientific support, based on beliefs and the moral transformation of subjects.

Key-words: Mental Health; Alcohol and other drugs; Therapeutic Communities; Neoliberalism; Psychiatric Counter Reform.

LISTA DE SIGLAS

Aids	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CP	Contrarreforma Psiquiátrica
CT	Comunidade Terapêutica
DH	Direitos Humanos
DINSAM	Divisão Nacional da Saúde Mental
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EC	Emenda Constitucional
ESC	Estratégia de Saúde da Família
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
GF	Governo Federal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JUNAAB	Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil
LAI	Lei de Acesso à Informação
LC	Lei Complementar
LD	Lei sobre Drogas
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MC	Ministério da Cidadania
MDASFCF	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NRF	Novo Regime Fiscal
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PFDC	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
PIB	Produto Interno Bruto
Pnad	Política Nacional sobre Drogas
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSM	Política de Saúde Mental
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SISCT	Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SM	Saúde Mental
SPA	Substâncias Psicoativas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Normativas que alicerçam o campo da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. .	24
Quadro 2 - Principais normativas gerais e específicas da Política sobre Drogas que impulsionam a Contrarreforma Psiquiátrica.....	25
Quadro 3 - Quantitativo de CTs filiados à FEBRACT em todo o Brasil.....	27
Quadro 4 - CTs analisadas	65
Quadro 5 - Principais características das CTs analisadas	66

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	14
PERCURSO METODOLÓGICO	23
CAPÍTULO 1	29
Estado, Neoliberalismo e Política de Saúde	29
1.1 Estado e a ofensiva neoliberal	29
1.2 A Configuração da Política de Saúde: o Sistema Único de Saúde – tensões e disputas	33
CAPÍTULO 2	41
Os Paradigmas: Psiquiátrico, Psicossocial e Proibicionista	41
2.1 A construção da loucura e do saber psiquiátrico	41
2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil: primeiras iniciativas para uma Política de Atenção à Saúde Mental Álcool e outras Drogas	48
2.3 A inserção das CTs na RAPS: caminhos para a (re)manicomialização	53
2.4 A expansão das Comunidades Terapêuticas	57
CAPÍTULO 3	61
Comunidades Terapêuticas: características e funcionalidades	61
3.1 Afinal, quais os principais elementos das CTs no Brasil?	61
3.2 As CTs selecionadas	64
3.2.1 A natureza das instituições	69
3.2.2 Visão, missão, valores	69
3.2.3 Objetivos	70
3.2.4 Número e perfil de usuários atendidos	71
3.2.5 Equipe de profissionais	72
3.2.6 Entidades mantenedoras e formas de financiamento	73
3.2.7 Formas de intervenção	73
CAPÍTULO 4	75
Disciplina-Trabalho-Espiritualidade	75
4.1 Disciplina: a mortificação do eu	75
4.2 A laborterapia e a exploração do trabalho	85
4.3 A aceitação de Deus e a libertação do pecado	89
4.4 Comunidade Terapêutica: incongruências na implementação de uma política de Estado	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	104

INTRODUÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O cenário de contrarreformas do Estado brasileiro reflete diretamente nas políticas sociais e na intensificação do desmonte dos direitos da classe trabalhadora no atual estágio de desenvolvimento da acumulação capitalista.

A ascensão do conservadorismo e da austeridade econômica marcam tal conjuntura regressiva, com desdobramentos deletérios nas políticas sociais e na fragilização das lutas e resistência da classe trabalhadora, que não tem conseguido fazer minimamente os enfrentamentos ao aprofundamento das desigualdades sociais, tornando longínqua a construção de estratégias para erradicar o capital.

Em tal contexto, caminham a passos largos o processo de privatização das políticas sociais, que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que os serviços sejam ofertados de forma pública, a lógica mercantil e privatista se fortalece.

Dessa forma, a mercantilização penetra nas entranhas das políticas sociais e acelera as privatizações. As políticas neoliberais atingem diretamente as políticas de Saúde, principalmente no que diz respeito ao princípio de universalidade do SUS. Sob a perspectiva de máxima lucratividade, acentua-se a mercantilização da saúde, aprofunda-se a precarização dos serviços públicos e cresce a apropriação do fundo público¹ pelo setor privado, assim como o seu campo de poder em instâncias estratégicas e definidoras das políticas públicas de Saúde.

No campo da Saúde Mental (SM), percebe-se esse cenário localizado na disputa de poder e de interesses antagônicos que ocorrem nas políticas sociais de modo geral e no próprio Estado, que é atravessado de contradições.

Na Política de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, esta problemática traz contradições entre possibilidades de mudanças na direção do cuidado em liberdade fundamentado nos princípios da proposta da Reforma Psiquiátrica (RP) e continuidade do atendimento asilar e manicomial, correspondente aos interesses privatistas e mercantis. O aprofundamento das contrarreformas² e ascensão da extrema direita no caso brasileiro, em especial a partir de 2015,

¹ “O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc. A expressão mais visível do fundo público é o orçamento estatal. No Brasil, os recursos do orçamento do Estado são expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional” (SALVADOR, 2010, p. 607).

² “Na época neoliberal, não há espaço para o aprofundamento dos direitos sociais, ainda que limitados, mas estamos diante da tentativa aberta – infelizmente em grande parte bem-sucedida – de eliminar tais direitos, de desconstruir e negar as reformas já conquistadas pelas classes subalternas durante a época de revolução passiva

acentuou um processo de estagnação e retrocessos na Política de Saúde Mental (PSM), expresso pelos poucos investimentos do Estado na construção de uma rede própria substitutiva de atenção psicossocial, e no aumento de incentivo e favorecimento dos hospitais psiquiátricos e de iniciativas como as Comunidades Terapêuticas (CTs) (COSTA, 2021).

Essas disputas não estão dissociadas dos desafios e das contradições relacionadas à materialização dos princípios da RP, quanto à questão das drogas. Sinaliza-se que aqui, entende-se que reforma é a conquista de direitos para a classe trabalhadora, por isso, contrarreforma é o retrocesso. De acordo com Demier (2017, p. 36),

contrarreformas proporcionam, coetaneamente, uma drástica diminuição dos gastos estatais com as políticas públicas universais, um agravamento da precariedade e da insegurança do trabalho (viabilizando maiores taxas de exploração) e – o que é mais importante – a abertura de novos espaços de investimentos para o capital privado (Saúde, Educação, Previdência, etc.).

Neste trabalho, utiliza-se o termo *Contrarreforma Psiquiátrica* (CP) para destacar os retrocessos e as perdas de direitos vivenciadas ao longo dos últimos anos com relação à PSM. Costa e Mendes (2020) destacam que, no campo da SM, as contrarreformas são impulsionadas a partir de 2015 e acentuadas desde o golpe de 2016. Contudo, Passos, Gomes e Santo (2022) afirmam que as dificuldades de implementação dos princípios defendidos pela RP, no âmbito das políticas sociais, iniciam-se já a partir dos anos 1990, manifestando-se em privatizações, cuidado baseado na lógica conservadora e de cunho moralista.

Dessa forma, a CP dá-se com base em uma gama de ações e aparatos que vão na contramão dos princípios e elementos que compõem a RP. Cabe sinalizar que o debate trazido pela RP, a partir dos anos 1970, e que tem na Lei 10.216/2001 seu principal aparato legal, diz respeito ao cuidado humanizado e ao território. Essa discussão voltada a desconstruir conceitos antigos e favorecer a valorização do indivíduo com sofrimento mental, considera o sujeito como protagonista no seu processo de cuidado, em que busca o seu acesso a direitos e a sua emancipação.

De acordo com o indicado pela RP e articulado à Política Nacional sobre Drogas (PNAD), o tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de Substâncias

iniciada com o americanismo e levada a cabo no *Welfare*. As chamadas “reformas” da previdência social, das leis de proteção ao trabalho, a privatização das empresas públicas etc. – “reformas” que estão atualmente presentes na agenda política tanto dos países capitalistas centrais quanto dos periféricos (hoje elegantemente rebatizados como “emergentes”) – têm por objetivo a pura e simples *restauração* das condições próprias de um capitalismo “selvagem”, no qual devem vigorar sem freios as leis do mercado (COUTINHO, 2022, p. 123)”.

Psicoativas (SPA)³ deve ser realizado em liberdade, em uma rede com base territorial e de forma articulada com todos os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps): Unidades Básicas de Saúde (UBS); Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD); unidades de acolhimento transitório; Consultórios na Rua (CNR); e leitos em hospitais gerais. Ou seja, serviços que se alinham com os pressupostos da RP e voltados à preservação dos vínculos familiares e comunitário.

Por outro lado, a Portaria 3.088/2011, que institui a Raps, já previa as CTs como parte da rede. Em seu artigo 9º traz que são pontos de atenção da Raps, os seguintes serviços, de caráter residencial transitório,

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sinaliza-se, dessa forma, que apesar do avanço da criação da Raps, a inserção das CTs na rede possibilitou janela de oportunidades para o seu fortalecimento, em momento de recrudescimento neoconservador e de contrarreformas, em detrimento da rede própria do SUS. Ou seja, abre possibilidades para a remanicomialização da SM.

Destaca-se, dentre os retrocessos mencionados, a Portaria 3.588/2017, que reconfigura a Raps – instituída pela Portaria 3.088/2011 – incluindo os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2017); a Nota Técnica 11/2019, que elucida as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e Diretrizes na PNAD (BRASIL, 2019); a PNAD a partir do Decreto 9.761/2019 e a Lei sobre Drogas (LD), 13.840/2019, que tem como principal oferta de assistência o acolhimento nas CTs e a abstinência como linha de cuidado.

³ Os termos “Drogas” e “Substâncias Psicoativas” são utilizados na maioria dos textos que tratam sobre saúde mental como sinônimos. Apesar disso, existe uma carga pejorativa ao termo drogas que, generalizado e utilizado com imprecisão, coloca as drogas quase em um lugar de personificação, colocando as drogas enquanto alvo de perseguição, o que contribui para a chamada “guerra às drogas” (RODRIGUES, 2006). Por isso, neste estudo será utilizado o termo SPA sempre que for possível a sua colocação. O termo “necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas” é utilizado na Portaria 3.088 de 2011. Aqui será utilizado este termo para tratar dos usuários dos serviços referentes ao tratamento de álcool e outras drogas.

Em janeiro de 2023, a PNAD passou a ser também competência dos Ministérios da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e do Ministério da Saúde (MS). Antes, a competência era da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) vinculada ao Ministério da Cidadania (MC), que hoje é denominado Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDASFCF).

Foi anunciada no mesmo mês e ano a criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas vinculado à Secretaria-Executiva do MDASFCF, por meio do Decreto nº 11.392 de 20 de janeiro de 2023. Em seu artigo 14, o Decreto descreve as competências do novo departamento, que consiste em apoiar o MJSP e os demais órgãos do poder executivo federal, no âmbito de suas competências, na execução das ações do Governo e do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) relacionadas à atenção e à reinserção social de pessoas que fazem uso prejudicial de SPA, além de apoiar as ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, em consonância com as políticas do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em articulação com o MJSP e os demais órgãos do Poder Executivo federal.

Coletivos, organizações e grupos de usuários e familiares, trabalhadores e militantes da área da SM se posicionaram por meio de manifestos e notas de repúdio contra a criação deste departamento, que representa a deslegitimação de serviços abertos e o apoio governamental a instituições contrárias a tudo que é preconizado pela RP⁴.

Diante disso, em 24 de maio de 2023 a Folha de São Paulo emitiu reportagem⁵, afirmando que o departamento passará a se chamar Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas. Segundo a reportagem, o MDASFCF justifica a mudança no sentido de retomar uma abordagem multidisciplinar envolvendo a prevenção, atenção e reinserção social a partir de diálogos intersetoriais.

Dessa forma, os avanços advindos a partir da RP, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a abertura de serviços substitutivos de base territorial e a construção da Raps (AMARANTE, 1998; CARVALHO, 2011), sofrem desmontes paralelamente aos avanços.

⁴ Diversos segmentos defensores da RP se pronunciaram contrários à criação do Departamento. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou a extinção deste departamento, afirmando que não há comprovação científica sobre a eficácia do modelo de tratamento proposto pelas CTs. Em publicação feita pelo site oficial do CNS em 10 de fevereiro de 2023, a coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (Cism) do CNS e representante do Conselho Federal de Psicologia (CFP), afirmou que o Cism sempre se posicionou contrário ao financiamento das CTs com recursos públicos e que os métodos propostos por estas instituições ferem os Direitos Humanos.

⁵ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/05/comunidades-terapeuticas-nao-terao-mais-orgao-exclusivo-no-governo-lula.shtml>. Acesso em: 24 maio 2023.

Destacam-se, nesse contexto, o sucateamento proposital e estratégico dos serviços substitutivos de atenção à SM e o forte incentivo da oferta de serviços com perspectivas manicomiais, proibicionistas e com estratégias de institucionalização que partem de uma lógica de refilantropização e higienista das expressões da questão social⁶ no tocante às políticas públicas de SM.

Sob esta ótica, entende-se que as inflexões na PSM, como a reversão do processo de fechamento de leitos hospitalares psiquiátricos e a potencialização no repasse financeiro para instituições hospitalares e CTs na área de álcool e outras drogas, devem ser compreendidos como expressão da dinâmica neoliberal e seu caráter de contrarreforma, aprofundados a partir do golpe de 2016 em contexto de desmonte de direitos, modificações no âmbito do trabalho, e aumento da precarização das condições objetivas e subjetivas da vida (COSTA; MENDES, 2020).

Ou seja, nessa direção, dois fatores são relevantes para a discussão: a retomada da centralidade na gestão das políticas do complexo médico-psiquiátrico privatista e o fortalecimento do conservadorismo e fundamentalismo religioso (e suas interrelações com o Estado, com expressividade na área de álcool e outras drogas) (COSTA; MENDES, 2020).

Nesse sentido, o debate sobre o cuidado de sujeitos com necessidades decorrentes do uso prejudicial de SPA encontra diferentes abordagens que podem apresentar simetrias, mas também contraposições, a depender das forças políticas presentes e o grau de organização dos sujeitos políticos envolvidos. Assim, as proposições políticas-interventivas na área de álcool e drogas podem ou não se aproximar dos princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e da lógica antimanicomial nas diferentes políticas públicas envolvidas.

O reforço da Raps por meio dos serviços substitutivos no SUS, a exemplo dos CAPS, representa estratégia importante para contrapor ao modelo biomédico manicomial e o paradigma proibicionista ainda hoje prevalente. Exemplo dessa prevalência é a política de Assistência Social, que sob o auspício da prevenção ao uso de drogas, atenção e reinserção social do usuário incentiva a ampliação do atendimento em CTs, com ênfase unicamente na promoção da abstinência, em detrimento da modalidade interventiva da Redução de Danos (RD).

⁶ A Questão Social vincula-se ao conceito de classe trabalhadora, para definir as contradições de classe no capitalismo. Iamamoto (1999, p. 27) define como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

As CTs emergem, no Brasil, a partir de 1960, na contramão à experiência originária de base crítica no contexto da RP na Europa. (PASSOS; GOMES; SANTO, 2022; SANTOS, 2018). Expandem-se a partir de 1990, contraditoriamente, em contexto de implementação do SUS, sendo este fruto das lutas que marcaram as bases legais do direito universal à saúde no âmbito da Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Tal expansão das CTs no período se dá, dentre outros motivos, em decorrência de lacunas assistências no tocante ao atendimento à população com necessidades decorrentes do uso prejudicial de SPA, que, apesar dos avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira, as demandas referente a “álcool e outras drogas” não foram supridas, ou seja, o Estado quando pressionado por setores privados, empresariais, filantrópicos e religiosos, dá respostas na contramão dos princípios do SUS e propicia a secundarização de tal questão no campo da SM, o que se constitui espaço estratégico de expansão das referidas instituições.

No decurso dos anos 2009 – 2011, a criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras drogas (decreto nº 7.179/2010), que posteriormente dá lugar ao Programa “*Crack, é possível vencer*” criado em 2011, prevê a ampliação da capacidade de atendimento por meio do eixo cuidado, para instituições da sociedade civil, a exemplo das CTs, que passam a receber recursos públicos, inclusive do SUS. Nesse mesmo ano, a Portaria 3008/2011, já mencionada, inclui as CTs na RAPS. Tais normativas legais e operacionais, associadas a um conjunto de medidas de caráter manicomial, higienista e catequético, como as internações compulsórias, estabelecem as bases para o fortalecimento e expansão das CTs.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2018, existiam aproximadamente 2.000 CTs no Brasil, e 300 delas mantinham parceria com o GF, por meio no programa “*Crack: é possível vencer*”. Hoje, a estimativa é de que 603 CTs são mantidas e financiadas com recursos públicos por meio de parceria com o GF, por intermédio do MDASFCF (IPEA, 2018). O site do MDASFCF menciona ainda que em 2019, o número de vagas financiadas nas CTs chegou a 11 mil. (MDASCF, 2019).

No Brasil, essas instituições predominantemente localizam-se em regiões rurais, sítios ou fazendas, e seu modelo interventivo é baseado no tripé: disciplina-trabalho-espiritualidade (NATALINO, 2018). Em seus sítios eletrônicos, é possível verificar em sua visão e missão, palavras-chave como: reinserção social, amor, dignidade, correção do caráter, serenidade, disciplina, moral cristã, sobriedade.

Os métodos de intervenção são colocados como: oração, meditação da palavra de Deus, estudos bíblicos, cultos de adoração, orientação baseadas em princípios e transformação do

comportamento. Essas entidades são marcadas por princípios religiosos e por uma perspectiva moralista do uso de drogas (ARAÚJO, 2003; COSTA, 2021).

O principal objetivo das CTs é promover uma mudança moral dos sujeitos e, para isso, dedicam-se à espiritualidade e à abstinência absoluta do uso de qualquer SPA (LOECK, 2018). De acordo com LOECK (2018, p. 77), “não é raro que se interprete a metodologia de cuidado adotada pelas CTs como um programa voltado meramente à conversão religiosa, e que se pense essas instituições como espaços nos quais circulam apenas discursos e práticas de natureza espiritual e/ou religiosa”.

Baseadas no paradigma da abstinência, centradas no trabalho, isolamento social e na religião, atualmente, essas unidades são estimuladas, na perspectiva de segregação, higienização e moralização do uso de drogas, bem como a criminalização da questão social. De certa forma, representa uma desresponsabilização do Estado quanto ao cuidado com as pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA e um retrocesso na PNAD.

O que fundamenta tais instituições é o afastamento do usuário do ambiente que possa exercer influência para o uso de SPA. Contudo, Goffman (2008, p. 29), ao definir as “instituições totais”⁷, indica que a retirada dos indivíduos de seu meio social e a sua excessiva vinculação a essas instituições, os leva a uma forma de “mortificação do eu”⁸ e a esquecer sua identidade, o que acarreta o sofrimento desse sujeito.

A realocação de recursos nas CTs segue uma lógica de apropriação privada do fundo público, como também está associada às bases conservadoras da sociedade ante uma tentativa de fortalecer a abstinência e o isolamento em detrimento de estratégias de RD; o que representa o enfraquecimento e o desfinanciamento dos serviços públicos do SUS de base territorial, do cuidado em liberdade.

A partir do exposto, a pesquisa tem como **objeto** as CTs no processo de contrarreforma e privatização da PSM e PNAD no SUS e a sua funcionalidade na manutenção da ofensiva capitalista contra a universalização do direito à saúde como um dever do Estado, partindo da seguinte **problemática**: As CTs expandem-se a partir dos anos 1990 como instituições baseadas no paradigma da abstinência; centradas no trabalho, na disciplina/ isolamento e na espiritualidade / religiosidade. Atualmente, são estimuladas e financiadas pelo Estado, na perspectiva de segregação, higienização e criminalização do uso de drogas, representando uma

⁷ Esse conceito será aprofundado no Capítulo 3 desta dissertação.

⁸ Esse conceito será aprofundado no Capítulo 3 desta dissertação.

desresponsabilização do Estado na execução da política e repasse do fundo público para o setor privado e para a sociedade civil, em especial ao terceiro setor e entidades religiosas, que passa a assumir a execução das ações referentes a PNAD.

Nesse sentido, são feitas as seguintes **questões de partida**: Quais os aparatos legais que subsidiam a reconfiguração da Política Nacional sobre Drogas e seus encadeamentos no que se refere à RP? Como a atual ascensão do conservadorismo, da ideologia proibicionista e do neoliberalismo correlacionam-se com a expansão das CTs? Quais os avanços e retrocessos alcançados na PSM desde a RP até os dias atuais e como as CTs se inserem no movimento de privatização, refilantropização e de negação de direitos? Qual a relação da expansão das CTs e a CP, considerando o contexto histórico de implementação no SUS, da política de saúde mental álcool e outras drogas e o contexto neoliberal? Quais as características e funcionalidades que sustentam o fortalecimento e ampliação das CTs? Como se expressam essas funcionalidades para a manutenção da ofensiva neoliberal e neoconservadora? Quais os modelos interventivos dessas instituições?

A partir disso, a **questão de partida central** é: Quais as razões subjacentes para que as CTs passem a ocupar espaço estratégico na política pública em álcool e drogas e de CP no Brasil?

A **hipótese de trabalho** desta pesquisa é de que existe um movimento de fortalecimento do paradigma proibicionista impulsionado pelo neoliberalismo e neoconservadorismo com desdobramentos deletérios para com as políticas sociais, com foco aqui, na Política de Álcool e Outras Drogas. Relacionado a isso, tem-se o processo de contrarreforma alinhado ao aprofundamento de medidas neoconservadoras evidenciadas pela expansão das CTs.

Os diversos retrocessos na PNSM e na PNAD, refletem na desresponsabilização do Estado, no que diz respeito ao cuidado dispensado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA, contribuindo para uma visão moralista e estigmatizante.

Assume-se que a Saúde, segundo essa perspectiva, torna-se lucrativa ao capital, ameaçando, assim, o princípio constitucional de universalização do acesso ao serviço. Assim, a Saúde pública e universal, enquanto política pública de efetivação de direitos sociais, disputa espaço com o grande capital. Assim sendo, tem-se a precarização dos serviços públicos de Saúde, o retrocesso na PSM e o enfraquecimento da Raps.

O **objetivo geral** desta pesquisa constituiu em analisar as características e as funcionalidades das CTs, considerando o contexto de acirramento das medidas neoliberais,

contrarreformistas e conservadoras, a fim de desvendar a expressividade da (re)manicomialização na PNAD na contramão da RP brasileira.

A partir disto, foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Refletir sobre o processo de mercantilização, privatização e refilantropização na PSM brasileira e seu atravessamento na PNAD;
- Problematizar o atravessamento da ideologia proibicionista nas diretrizes, legislações e normativas operacionais na Política sobre Drogas e o engendramento da CP;
- Debater a historicidade das CTs no Brasil, o amparo legal e as motivações subjacentes que impulsionam o fomento do Estado a tais instituições;
- Identificar as bases fundantes da tríade disciplina-trabalho-espiritualidade/religiosidade que constitui o modelo interventivo das CTs;
- Identificar a natureza, a missão, os valores, os objetivos, as formas de intervenção, as entidades mantenedoras e formas de financiamento, a composição da equipe e o público alvo atendido nas CTs.

O intuito desta pesquisa é construir reflexões críticas acerca da configuração das comunidades terapêuticas no Brasil sob a ênfase da tríade disciplina-trabalho-espiritualidade/religiosidade que compõe o modelo interventivo dessas instituições. Considerando o atual contexto de avanço da ofensiva neoliberal e contraposição dos interesses da classe trabalhadora no que diz respeito aos direitos sociais de vida e de proteção social, levando em conta a interdependência estatal com relação aos interesses da classe dominante. Assim, a temática desta dissertação é de relevância para o mundo científico e reveste-se também de significado sociopolítico.

Por conseguinte, esta dissertação é estruturada em quatro capítulos, além desta introdução e do percurso metodológico utilizado para a construção da pesquisa. No primeiro capítulo é feita uma breve discussão de Estado, Neoliberalismo e Política Social, de modo a introduzir os elementos da construção da Política de Saúde, para subsidiar a discussão sobre a conjuntura atual da Política de Drogas e das CTs, objeto deste estudo. No segundo capítulo, faz-se um apanhado histórico da loucura e do cuidado em Saúde Mental Álcool e outras Drogas, contextualizando os aspectos que levaram à construção de um cuidado baseado no paradigma psiquiátrico, no paradigma psicossocial e no paradigma proibicionista. No terceiro capítulo são explicitadas as características das CTs de modo geral e feita a apresentação dos dados obtidos

através da busca nos próprios sites das instituições selecionadas para a construção deste estudo. Por último, o capítulo final discorre sobre as características da tríade disciplina-trabalho-espiritualidade, que constitui o modelo interventivo das CTs.

PERCURSO METODOLÓGICO

O caminho traçado para construir esta dissertação passa pela análise histórica do objeto estudado, aprofundando-se na realidade concreta, baseando-se em informações e dados coletados e explorados.

É importante sinalizar que os procedimentos metodológicos possibilitam ao pesquisador a operacionalização do objeto proposto, ou, nas palavras de Soriano (2004, p. 64), “são ferramentas metodológicas da pesquisa, pois permitem instrumentar seus diversos processos específicos, fazendo com que as atividades intelectuais e práticas visem à consecução dos objetivos formulados”. Logo, os preceitos teóricos-metodológicos que direcionam este estudo localizam-se nas relações determinadas pela sociabilidade capitalista, contextualizadas em um campo multifacetado e contraditório.

Tem-se como uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo descritiva, que “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações variáveis” (GIL, 2008, p. 28); e exploratória, por não se limitar à descrição do fenômeno, mas possibilitar uma visão ampla do problema (GIL, 2008). À vista disso, desenvolveu-se por meio de revisão bibliográfica e pesquisa documental.

A revisão bibliográfica perpassou todo o processo de pesquisa, permitindo o embasamento teórico e incorporação de categorias analíticas a partir de levantamento e análise de artigos científicos, capítulos de livros, teses e dissertações e outras referências teóricas de literaturas pertinentes ao objeto de estudo.

No que se refere à pesquisa documental, priorizou-se o levantamento e análise de normativas, legislações, notas técnicas e relatórios produzidos por institutos de pesquisa, de inspeção e de fiscalização.

Assim, foram identificadas e analisadas as principais normativas que alicerçam o campo da Saúde Mental Álcool e Outras drogas, conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Normativas que alicerçam o campo da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Nome	Ano	Órgão	Descrição
Lei nº 10.216	2001	Presidência da República	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Lei 11.343	2006	Presidência da República	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas- Sisnad
Portaria 3.088	2011	MS	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).

Fonte: Elaboração própria.

Foram selecionadas também as principais normativas estabelecidas a partir de 2016. Esse período foi definido por meio do entendimento que - apesar das tensões e disputas fazerem parte de todo o histórico da política de drogas, como veremos no decorrer desta dissertação - a partir de leituras que no campo da saúde mental álcool e outras drogas, as contrarreformas são impulsionadas em 2015 e acentuadas a partir do golpe de 2016 (COSTA; MENDES, 2020). Conforme o Quadro 2.

Quadro 2 - Principais normativas gerais e específicas da Política sobre Drogas que impulsionam a *Contrarreforma Psiquiátrica*

Nome	Ano	Órgão	Descrição
Portaria 1.482	nº 2016	Ministério da Saúde	Inclui as CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Revisada posteriormente pela Recomendação 043 do Conselho Nacional de Saúde;
Resolução nº 32	2017	Ministério da Saúde	Estabelece as diretrizes para o funcionamento da Raps e inclui o hospital psiquiátrico;
Portaria 3.588	nº 2017	Ministério da Saúde	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
Portaria Interministerial 2	2017	MJSP / MS /MDS / MT	Institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa;
Resolução nº 1	2018	CONAD	Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD;
Relatório de inspeção nacional em CTS	de 2018	CFP/MNPCT/PFDC/MPF	Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas realizada em outubro de 2017, nas cinco regiões do Brasil, por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF).
Portaria GM/MS 3.449	Nº 2018	MS	Institui comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, e envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas;
Nota Técnica nº 11	2019	Ministério da Saúde	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas;
Portaria nº 562	2019	MDS	Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred);
Decreto 9.761	2019	Presidência da República	Aprova a Nova Política Nacional sobre Drogas;

Lei 13.840	2019	Presidência da República	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.
Plano Nacional de Política Sobre Drogas	2022	CONAD	Esse plano deverá ter a vigência de cinco anos, e contempla a área de redução da demanda, a área de redução da oferta e a gestão da política, contemplando tanto drogas ilícitas, quanto drogas lícitas.
Decreto 11.392	2023	MDASFCF	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança.

Fonte: Elaboração própria com base no conteúdo das normativas.

Para a análise das CTs, a pesquisa documental também se constituiu nas informações coletadas por meio de seus sítios eletrônicos. As CTs analisadas foram selecionadas a partir das filiadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)⁹ em todo o Brasil. A FEBRACT é a maior entidade associativa de CTs no Brasil (IPEA, 2017). De acordo com os dados encontrados no site da FEBRACT, atualmente, são 213¹⁰ CTs associadas à FEBRACT no Brasil, distribuídas conforme ilustrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Quantitativo de CTs filiados à FEBRACT em todo o Brasil

Região do Brasil	Quantidade por região	Estados	Quantidade por Estado	Total
Centro Oeste	23	Distrito Federal (DF)	6	
		Goiás (GO)	14	
		Mato Grosso (MT)	0	
		Mato Grosso do Sul (MS)	3	
Sudeste	113	Minas Gerais (MG)	25	
		São Paulo (SP)	87	
		Rio de Janeiro (RJ)	1	
		Espírito Santo (ES)	0	
Sul	54	Rio Grande do Sul (RS)	38	
		Santa Catarina (SC)	11	
		Paraná (PR)	5	
Norte	7	Tocantins (TO)	0	
		Amazonas (AM)	0	
		Acre (AC)	0	
		Rondônia (RO)	6	
		Roraima (RR)	0	
		Pará (PA)	1	
		Amapá (AP)	0	
			0	
Nordeste	15	Maranhã (MA)	5	
		Piauí (PI)	0	
		Ceará (CE)	1	
		Paraíba (PB)	0	
		Rio Grande do Norte (RN)	0	
		Pernambuco (PE)	3	
		Alagoas (AL)	0	
		Sergipe (SE)	0	
		Bahia (BA)	6	
		213		

Fonte: Elaboração própria, com base em informações públicas do site da FEBRACT.

⁹ Existem outras entidades associativas/representativas, como a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas, Espiritualidade e Ciência (FENACT), Federação das Comunidades Terapêuticas do Rio Grande do Sul (FECTERS) Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Católicas (FNCTC) (IPEA, 2017), sendo a FEBRACT a maior delas. A FEBRACT, contudo, “é uma das organizações mais antigas do setor, que, entre outras ações, oferece cursos de capacitação para trabalhadores de CTs e demais interessados, acerca do tema da chamada dependência química” (IPEA, 2017, p. 33).

¹⁰ Quantidade encontrada em pesquisa realizada em dezembro de 2022.

Para fins dessa pesquisa, foram selecionadas 2 CTs de cada região do País como amostra para análise. O critério para a seleção dos estados de cada região foi optar pelos dois estados de cada região que tivessem a maior quantidade de CTs filiadas. A partir disso, foram escolhidas aquelas em que em seus sites fosse possível obter as informações necessárias para a análise consistente de seus métodos.

Com base nisso, os sítios eletrônicos foram explorados de forma analítica e foram dois os principais aspectos de relevância para a temática: características e funcionalidades:

- a) características: visão, missão, valores, objetivos, equipe de profissionais, número e perfil de usuários atendidos, entidades mantenedoras, formas de financiamento e formas de intervenção;
- b) funcionalidades: argumentos e principais fundamentos do modelo interventivo sob ênfase da tríade: disciplina-trabalho- espiritualidade.

O processo de análise do material foi feito por meio da técnica de análise temática, definida por Minayo (2008) como um método de análise de conteúdo, de interpretação dos dados, que nos permite identificar, analisar e descrever temas.

A análise temática, segundo a autora, é dividida em pré análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Esta técnica permite ao pesquisador uma descrição detalhada sobre determinado tema ou conjunto de temas (MINAYO, 2008). No caso deste estudo, busca-se compreender as implicações e as disputas de interesses que estão por trás dos retrocessos da PSM, após a adequada interpretação e tratamento dos dados obtidos por meio da pesquisa documental e bibliográfica.

Assim, foi feito o exercício de compreensão dos aspectos da realidade concreta analisada dentro de uma complexidade social, permeada por determinações sociais no âmbito do modo de produção capitalista. Para isso, foi necessário realizar um trabalho sistemático de análise crítica dos determinantes históricos e sociais em que se configuram as CTs e a sua contraposição aos princípios da RP e ao modelo de atenção psicossocial.

CAPÍTULO 1

Estado, Neoliberalismo e Política de Saúde

Neste capítulo será apresentada uma breve discussão sobre Estado, Neoliberalismo e Política Social com foco na Saúde. Entende-se aqui a importância de compreender Estado em seu sentido amplo, sua configuração e a atual conjuntura neoliberal. Faz-se necessário também trazer os elementos que constituem as bases de construção da Política de Saúde, para subsidiar a discussão sobre a atual conjuntura da política de drogas e a relação das CTs nesse cenário.

1.1 Estado e a ofensiva neoliberal

A perspectiva de Estado, utilizada aqui, trata-se de uma concepção ampla e multifacetada. Pereira (2009) concebe-a enquanto espaço de contradições e que deve ser compreendido de forma associada ao contexto histórico e relacionado de forma dialética. Marx e Engels (2014) sinalizam que o Estado burguês resulta da exploração de uma classe pela outra. Harvey (2008) aponta que o Estado é produto da sociedade, estabelecido na contradição de interesses privados e da comunidade, e não é elemento passivo no decorrer da história. Poulantzas (1985) determina Estado enquanto disputas de forças entre classes, sendo essas, constituídas em um campo contraditório de interesses.

Assim, para subsidiar a análise de Estado, cabe sinalizar que, ao longo de toda a história da sociedade inclui-se a luta de classes, que existe até mesmo antes da constituição burguesa (MARX; ENGELS, 2014). Segundo Marx e Engels (2014, p. 40), “a sociedade burguesa moderna, que brotou das ruínas da sociedade feudal, não aboliu os antagonismos de classe”. Apenas estabeleceu novas classes, novas contradições e novas formas de exploração.

Por conseguinte, a sociedade capitalista se difere das formas de produção anteriores (escravismo e feudalismo) pela distinção entre o produtor e os meios de produção. Saes (1990) destaca que todas essas relações de produção são baseadas na exploração. Sob esta ótica, Marini (2000) afirma que

a intensificação do trabalho, a prolongação da jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho necessário ao operário para repor sua força de trabalho — configuram um modo de produção fundado exclusivamente na maior exploração do trabalhador, e não no desenvolvimento de sua capacidade produtiva. (MARINI, 2000, p. 334).

Ou seja, a produção capitalista intensifica a exploração da classe trabalhadora e, desse modo, “a superexploração não corresponde a uma sobrevivência de modos primitivos de acumulação de capital, mas que é inerente a esta e cresce correlativamente ao desenvolvimento da força produtiva do trabalho” (MARINI, 2000, p. 352).

A disputa por lucro se intensifica a partir do capitalismo monopolista e amplia-se a exploração e alienação do trabalho (NETTO, 2011a). Mandel (1982) caracteriza a origem do Estado paralelamente à propriedade privada e resultante da divisão social do trabalho. Nesse raciocínio, o autor destaca que o Estado possui três principais funções: assegurar as condições de produção; reprimir e conter qualquer intenção de ameaça que a classe trabalhadora possa representar; e garantir a passividade da classe dominada, de modo que sejam mantidos os interesses da burguesia.

Assim, o Estado funciona como instrumento de manutenção da ordem burguesa e da produção e reprodução do capital (MANDEL, 1982) e tem papel específico na reprodução da ideologia dominante (POULANTZAS, 1985). Ou seja, é por meio do Estado que é feita a determinação das classes: dominantes e dominados.

Contudo, em uma relação contraditória e orgânica ao modo de produção capitalista. Pereira (2009) destaca que Estado é um conceito complexo e histórico. A autora afirma que “a relação dialética realizada pelo Estado comporta igualmente antagonismos e reciprocidades e, por isso, permite que forças desiguais e contraditórias se confrontem e se integrem a ponto de cada uma deixar sua marca na outra e ambas contribuírem para um resultado final” (PEREIRA, 2009, p. 290).

Nesse sentido, entende-se o Estado enquanto conceito amplo e contraditório. Faz-se importante correlacionar o Estado com o modo de produção capitalista para compreender como o atual cenário neoliberal está relacionado ao objeto deste estudo.

Em primeiro lugar, é necessário destacar que a sociedade capitalista se caracteriza por contínuas transformações, principalmente após momentos de crises. Mészáros (2009) afirma que o capitalismo é um sistema no qual sua própria estrutura se constitui em crise. O autor sinaliza ainda que essa crise “vai se tornar a certa altura muito mais profunda, no sentido de invadir não apenas o mundo das finanças globais mais ou menos parasitárias, mas também todos os domínios da nossa vida social, econômica e cultural” (MÉSZÁROS, 2009, p. 17). Ou seja, a crise na sociedade capitalista é estrutural.

Neste sentido, aqui entende-se que é necessário compreender a relação entre o atual cenário da sociedade capitalista e do Estado brasileiro com a ascensão do neoliberalismo. Cabe

evidenciar que é nesse contexto de avanço do neoliberalismo e de preceitos conservadores que a extrema-direita avança no país. Evidencia-se dessa forma, as contrarreformas e os retrocessos nas políticas sociais, com foco na política de saúde. Para isso, urge trazer a definição de neoliberalismo e das bases que o constituem.

Harvey (2008) define que no neoliberalismo existe o fundamento da liberdade individual. Dessa forma, perdura um processo de responsabilização individual dos sofrimentos e das vulnerabilidades sociais. Outra característica do neoliberalismo é a mínima intervenção do Estado nas políticas sociais e máximo para o mercado.

Em sua construção teórica, apoia-se na liberdade individual e de comércio, “refletem os interesses dos detentores de propriedade privada, dos negócios, das corporações multinacionais e do capital financeiro” (HARVEY, 2008, p. 17). Outro importante ponto de sustentação é a relação público-privada, a qual se apresenta por meio da corroboração com o capital privado e a privatização das políticas públicas. Dessa forma, o Estado, ao atuar de forma menos significativa nas políticas sociais, corrobora para a precarização dos serviços, não conseguindo atender a toda a população que deles necessita.

Ao passo que os investimentos destinados às políticas sociais são reduzidos, o Estado deixa a parcela mais vulnerabilizada da população desassistida e a responsabilidade passa a ser focada cada vez mais em uma perspectiva de individualização da questão social e da responsabilização dos sujeitos (HARVEY, 2008).

Nesse sentido, no Brasil, atualmente, vive-se uma ofensiva neoliberal, marcada fortemente por privatizações das políticas sociais, bem como pelo avanço do conservadorismo em diversas esferas. É válido considerar ainda que no contexto brasileiro o neoliberalismo e o processo de mercantilização e privatização da coisa pública têm influência da política econômica dos Estados Unidos da América (EUA). Marini (2000) aponta que a formação do Estado burguês, em toda a América Latina, surge subordinada ao capitalismo internacional.

De acordo com Ellen Wood (2015, p. 10), “os Estados Unidos exerceram – e ainda exercem – majoritariamente sua dominação por meio dos imperativos econômicos, tornando as potências subordinadas¹¹ sujeitas às suas próprias compulsões econômicas e que emanam do capital norte-americano”. Ou seja, o Estado brasileiro é cada vez mais dependente da política econômica estadunidense e legitima o controle neoliberal.

¹¹ O fundamento da dependência é a superexploração do trabalho. Silva (1981, p. 20) destaca que “o desenvolvimento desigual é uma característica fundamental do modo de produção capitalista que se manifesta de uma maneira particularmente aguda quando ele se torna dominante ao nível internacional”.

Cumprе salientar que o Estado, imbuído de uma relação social contraditória e orgânica com o modo de produção capitalista, ao atuar de forma menos significativa nas políticas sociais, colabora com os interesses da classe dominante e corrobora para a precarização dos serviços. Nesse campo contraditório é que, apesar da sua relativa autonomia, no que se refere à sociedade burguesa, o Estado, para legitimar e sustentar suas bases de poder, precisa se correlacionar com todas as classes que constituem a sociedade (PEREIRA, 2009).

As políticas sociais ocupam, em tal conjuntura, um lugar estratégico para manter a acumulação em contexto de crise estrutural do capital. Tonet (2015, p. 281) entende que as “políticas sociais não serão simples concessões do Estado burguês, mas resultarão sempre, em grau maior ou menor, da luta entre capital e trabalho”. As políticas de estado tendem a ser geridas na lógica da produção e reprodução do capital, mas também aparecem enquanto respostas aos conflitos de classes. Sob esse aspecto, poderão favorecer, em maior proporção, a reprodução dos interesses da classe dominante, ou da classe trabalhadora.

Portanto, são mobilizadas simultaneamente com os interesses opostos e dão respostas diferentes, a depender das disputas e tensões. Ao perder o seu caráter universal e desresponsabilizar-se com a sociedade, ou com parte dela, o Estado permite a sua privatização por parcelas dominantes da burguesia, para que controlem os grupos mais vulneráveis, impondo seus interesses sobre essa população (PEREIRA, 2009).

Osorio (2019) destaca que o Estado é uma instituição detentora de poder que consegue manipular interesses particulares dando-lhes ares de interesses públicos. Desse modo, os desmontes das políticas sociais são apoiados pela classe trabalhadora com a premissa de serem necessários para o bem público. Historicamente, constata-se que estes só são lucrativos ao capital, aumentam a desigualdade da parcela mais pobre da população.

Essa relação entre Estado e neoliberalismo, e a consequente sustentação do capital interferem de forma direta na maneira como as políticas sociais serão direcionadas. Para Behring (2008), as políticas sociais, na perspectiva de crise do capital, dão-se baseadas em fundamentos seletivos e cada vez mais focalizados. Além disso, a relação público-privada é redefinida pelo neoliberalismo e se concretiza nas políticas sociais.

Nesse sentido, as bases de sustentação do Estado conformam-se em um movimento dialético. Isto posto, as respostas do Estado vão depender de diversos fatores, como as relações de poder, as divisões de classe, a configuração da forma política, dentre outros fatores.

Foi evidenciado aqui que o entendimento do Estado enquanto conceito complexo e contraditório é fundamental para compreender os avanços e retrocessos das políticas sociais.

Faz-se necessário trazer adiante elementos que demonstrem a configuração da Política de Saúde e as tensões e disputas em torno da construção do SUS.

1.2 A Configuração da Política de Saúde: o Sistema Único de Saúde – tensões e disputas

Sabe-se que a partir da CF/88, a saúde é instituída enquanto política pública de seguridade social. Posteriormente, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 é promulgada, sendo considerada um importante passo para o estabelecimento do SUS. Nesta ótica, a saúde passa a ser entendida sob uma perspectiva de direito. Com o advento deste marco legal, as ações de saúde, até então fragmentadas e desenvolvidas sob uma lógica de cura, passam a vincular-se à lógica de qualidade de vida e direito universal (BRASIL, 2000).

Destaca-se nesse momento histórico, o movimento sanitarista¹², enquanto um processo de lutas políticas, manifestações da sociedade civil e de trabalhadores da saúde pela democratização do acesso à saúde, o qual teve papel central no processo de implementação do SUS.

O SUS organiza-se em três diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação social. Os conselhos de saúde visam a integração e participação da população nas políticas de saúde. A participação social é parte da democratização da saúde prevista no SUS.

Os avanços trazidos pelo SUS referem-se principalmente no que diz respeito à criação e expansão de serviços e do acesso, assim como no arcabouço jurídico-legal que fundamenta o caráter da Saúde como de direito social. Entretanto, sem desconsiderar os avanços obtidos no Sistema de Saúde brasileiro, é necessário reconhecer as contradições, disputas e os interesses econômicos que perpassam essa política pública.

Cabe contextualizar que os marcos que propiciaram o surgimento do SUS iniciaram-se a partir de 1979, momento em que técnicos, gestores de saúde, usuários, familiares e entidades representativas de movimentos sociais começaram a se organizar em torno na luta pelo direito à saúde (PAIM et al., 2011). As resoluções definidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, deram lugar aos parâmetros inscritos na CF/88 (BRASIL, 2000).

Discutia-se a adoção de uma política descentralizadora do poder institucional com objetivo de fomentar a participação social através dos conselhos estaduais, municipais e

¹² A reforma sanitária ocorreu simultaneamente ao processo de democratização, liderada por profissionais de saúde e pela sociedade civil e colocava a saúde como uma questão social, e não apenas uma questão biológica (PAIM et al., 2011).

estaduais para a garantia do acesso universal e igualitário à saúde. Apontava-se para a necessidade de disposição dos serviços em uma rede hierárquica dividida em níveis de atenção.

É importante destacar que a construção do SUS é permeada por um contexto político e econômico desfavorável, marcado pela influência neoliberal, reforçado por organizações contrárias ao financiamento público de uma saúde universal. Destaca-se aqui também que as políticas de saúde historicamente sempre fomentaram a privatização, sobretudo por meio do incentivo aos planos de saúde. O ano de implementação do SUS, 1990, foi também o ano em Fernando Collor de Mello tomou posse, o primeiro presidente eleito democraticamente pós período ditatorial. Collor seguia preceitos neoliberais e pouco se comprometeu com as reivindicações sanitárias.

A inserção do neoliberalismo nas dinâmicas política, econômica e social, no país, vem configurar um conjunto de medidas com repercussões deletérias para os direitos sociais e vai na direção contrária à consolidação de um Sistema de Saúde público, estatal e universal. Nos governos de Fernando Collor de Melo, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, na década de 1990, o modelo de Saúde voltado à lógica privatista ganhou força e materialidade (BRAVO; MATOS, 2007).

Com Fernando Henrique Cardoso, tem-se o marco da chamada reforma administrativa para a modernização da máquina pública, por meio da criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), dirigido pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, que coordenou a formulação do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), que passa a considerar a oferta das políticas sociais como serviços não exclusivos do Estado (PAIM et al., 2011).

Assim, constitui-se uma base legal que dará força às propostas neoliberais, a partir da década de 1990, e, por conseguinte, abre-se o caminho para a privatização do SUS e apropriação do fundo público destinado à Saúde pelos setores filantrópico e privado (PAIM et al., 2011).

Cabe sinalizar aqui que nesse período, tem-se a disputa entre dois projetos antagônicos, a reforma sanitária e o projeto privatista. Bravo (2009b) afirma que,

(...) na década de 1990, o Projeto de Reforma Sanitária começa a ser questionado e outro projeto é construído tendo como características: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização e o estímulo ao seguro privado (BRAVO, 2009b, p. 1).

Esses dois projetos em disputa trazem grandes impactos no que diz respeito às políticas sociais. De um lado, estratégia como o SUS, direcionado para a democratização do acesso e a universalização. Do outro, um projeto pautado na privatização e em parcerias com organizações

não governamentais, voltado para uma lógica de ações individualistas e fragmentadas (BRAVO, 2009b).

Nos governos posteriores, de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, apesar de promoverem um programa mais desenvolvimentista¹³, é dada continuidade aos programas focais e ao aumento das privatizações (PAIM et al., 2011). Nesse âmbito, Soares (2014) aponta que no Governo Lula existiram algumas características que o diferenciam dos anteriores,

(...) alto índice de aprovação do governo – o que lhe confere grande margem de ação e legitimidade social; intenso movimento de transformismo das lideranças dos trabalhadores que passam a defender projetos coerentes com o neoliberalismo e com os interesses econômicos do grande capital nacional e internacional; continuidade da política econômica conservadora; centralidade da política de assistência – principalmente de transferência de renda – e políticas sociais com enfoque assistencial precarizado e fragmentado (SOARES, 2014, p. 21).

A autora destaca que o “transformismo” suscita que apoiadores da saúde pública defendam as possíveis inovações da gestão da saúde, sob a premissa de inovação da reforma sanitária, sendo que, na realidade, estão contrariando o que é preconizado pelo movimento.

Nesse sentido, Bravo (2009a) traz o conceito de projeto de “reforma sanitária flexibilizada”, que é definido por fazer uma reorganização das propostas da reforma sanitária e articulá-las à ajustes de regulação econômica, caminhando para o desmonte e desfinanciamento das políticas de saúde. Contudo, cabe sinalizar que durante o Governo Lula foi possível identificar o avanço da política de saúde sob diversos aspectos, como por exemplo a implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do Programa Farmácia Popular e do Programa Brasil Sorridente, com a ampliação as equipes de saúde bucal (CUNHA, 2020).

É importante destacar que dentre os desafios da construção do SUS, está o de promover o financiamento público adequado para garantir a universalidade do SUS. O financiamento, conforme CF/88, deve ser composto de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e outras fontes. Apesar disso, ao longo da história, o SUS não contou com o financiamento compatível exigido para assegurar a sua universalidade e a sua garantia constitucional (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019; PAIM et al., 2011).

¹³ “O termo desenvolvimentismo designa simultaneamente um ideário sobre a relação entre estado, sociedade e economia, liderada pelo primeiro, e a práxis que lhe é correspondente: a política econômica voltada para a estratégia de desenvolvimento. Emergiu como uma referência à experiência histórica latino-americana de meados do século XX, de sistemático apoio dos governos ao processo de industrialização de seus países (COSTA, 2015, p. 17)”.

Abre-se precedência, nesse sentido, para uma grande participação do setor privado de forma complementar ao SUS. Após o golpe de 2016, a partir do governo de Michel Temer, o processo de privatização das políticas públicas continuou de forma acelerada, sobretudo por meio da Emenda Constitucional 95 (EC95/2016) que congela os gastos públicos. Temer entra em um projeto integralmente submetido ao mercado, articulado ao setor empresarial (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). Ou seja,

no governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização *não clássica* na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p.195 e 196. Grifos no original).

Com narrativas de descontrole de gastos públicos, o sucateamento e o congelamento de gastos nas políticas sociais foi evidenciado. Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 61), sinalizam que

o governo Temer adotou uma política econômica baseada na austeridade como princípio constitucional em detrimento das políticas sociais, o que deverá implicar redução das despesas primárias em relação ao PIB e às receitas. A primeira grande reforma de Temer foi a implementação de uma política de ajuste fiscal, com congelamento das despesas públicas por até 20 anos. Trata-se do NRF, instituído pela EC 95, que estabeleceu a limitação constitucional dos gastos públicos por até duas décadas, fato internacionalmente inédito e que trouxe consigo elementos reveladores da instauração do novo projeto neoliberal. Em sua essência, essa EC impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988. A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal.

O caminho relacionado aos recursos destinados para a saúde foi e ainda é muito irregular. Os dados apontaram que os regimes privados representaram 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto os regimes públicos, 3,9% (IPEA, 2021a). Em média, a atenção curativa representou metade das despesas em saúde (49,8%), seguida por 20,5% de gastos em medicamentos e artigos médicos e 11,3% em exames complementares. No conjunto, responderam por 81,5% do total dos gastos, com participação menor da prevenção, promoção e vigilância em saúde, dos cuidados de longo prazo e da reabilitação e gestão (IPEA, 2021a).

Contribui-se, então, para a lógica de saúde como mercadoria, prejudicando a superação do modelo hospitalocêntrico e curativo.

O sistema suplementar possui, em média, durante esse período, três vezes mais recursos que o sistema público. Esse fator representa, em dados, os caminhos da privatização da saúde. As contradições nas políticas sociais, com foco aqui na área da saúde, refletem como ameaças aos princípios constitucionais do SUS, já que cada vez mais a saúde privada vem ganhando espaço. Havendo melhores condições de financiamento do SUS,

o planejamento orientado pelo território deveria considerar as distâncias médias percorridas pelos pacientes, os custos envolvidos e o tempo gasto para o atendimento especializado, para além da otimização da escala de oferta dos serviços de saúde. Assim, seria possível planejar os investimentos nos territórios com oferta insuficiente, a fim de se promover a acessibilidade geográfica aos serviços de saúde no SUS. Atualmente, o desenho das macrorregiões de saúde se subordina à oferta de serviços existentes e não às necessidades de saúde dos pacientes residentes em determinado espaço geográfico (IPEA, 2021a, p. 17).

Nesse sentido, se apresentam as contrarreformas, a partir do projeto neoliberal. A EC 95 mencionada aqui, estabeleceu a limitação constitucional dos gastos públicos, que Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 61) descrevem que

em sua essência, essa EC impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988. A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal. Se o desfinanciamento de políticas sociais é resultado do teto de gastos, é antes de tudo porque ele constitui uma nova forma de apresentação sensível; isto é, ele funda uma nova relação entre o visível e sua significação, entre a palavra que expressa o público (a austeridade e o limite de gastos) e as políticas sociais como excesso a conter, incidindo sobre o financiamento de direitos.

Desconsidera-se, nesse âmbito,

as necessidades e o crescimento populacional, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica, a necessária expansão da rede pública, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas e a própria inflação de saúde, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional. Com o NRF, os gastos sociais ficam desvinculados de qualquer crescimento de receitas nos próximos 20 anos. Dessa forma, mesmo que aumente a arrecadação federal, não haveria mais investimentos nas áreas sociais (MENEZES, MORETTI e REIS, 2019, p. 63).

Evidencia-se diante disso que, apesar dos avanços encontrados nos mais de 30 anos de construção do SUS, ainda existe no Brasil um modelo de atenção voltado para ações de cunho curativo, em detrimento de ações preventivas e de reabilitação, ao menos no que diz respeito ao financiamento (IPEA, 2021a).

A política de austeridade sobre o SUS traz efeitos ameaçadores à sua universalidade. Ao verificar os dados orçamentários e fiscais, identifica-se que o Novo Regime Fiscal (NRF), criado pela EC95/2016, aponta para o desfinanciamento do SUS (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 60), apresentam a ideia de que as ações neoliberais no governo de Jair Messias Bolsonaro,

assim como o governo ilegítimo que o precedeu, têm base no neoliberalismo, compreendido como prática política que põe em ação uma racionalidade de mercado. Dessa forma, o neoliberalismo não consistiria meramente de uma radicalização do capital entregue a si mesmo, marcada pela retirada do Estado da economia, mas de um ativismo político-jurídico voltado a construir uma sociedade regida pela concorrência.

No que diz respeito ao governo Bolsonaro, tem-se a explícita repressão e a perda de direitos da classe trabalhadora, em diversos setores das políticas sociais, apontando para um amplo movimento de privatização. “Nos quadros atuais, os discursos e, principalmente, as práticas dos governos influenciados pelos neofascistas vão da ambiguidade na crítica retórica à aberta defesa do neoliberalismo e seu receituário de políticas econômicas” (MATTOS, 2020, p. 83). Cabe sinalizar, ainda, que “a face fascista do Estado autocrático se fez necessária para que o patamar de superexploração da força de trabalho pelo projeto do capital pudesse ser alcançado (MATTOS, 2020, p. 109 e 110)”.

No período entre 2019 e a primeira metade de 2021 o SUS foi tensionado, já que a saúde ocupou o foco do governo e da sociedade, principalmente pelas mudanças e perspectivas da nova gestão do GF por Bolsonaro e com a necessidade de respostas governamentais frente à pandemia de COVID-19. A gestão de Bolsonaro e as respostas relacionadas à pandemia foram fortemente marcadas pelo negacionismo científico e explicitadas pelos ataques às vacinas e pelo estímulo ao uso de medicações sem comprovação científica. Esse discurso da extrema-direita atingiu de forma avassaladora a política de saúde e corroborou para os retrocessos nesse campo.

Diante disso, os desafios e limites do SUS foram evidenciados. Apesar disso, foi possível também identificar os avanços do SUS, seu caráter estratégico e a sua relevância para a sociedade, já que a partir da pandemia evidenciou-se que a saúde pública brasileira depende potencialmente do SUS (IPEA, 2021a).

Com relação à PSM, destacou-se a Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CMAD), que trouxe uma série de retrocessos no âmbito da saúde mental. A esse respeito, Bravo, Pelaez e Menezes (2020, p. 201) afirmam que

o documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco têm de comunidade e

menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

As características do governo finalizado em 2022 são marcadas por traços neofascistas e preceitos neoliberais, que se materializam nas políticas sociais enquanto refilantropização, desmonte de direitos e sucateamento de serviços públicos.

Nesse sentido, observa-se uma transferência da responsabilidade do Estado para o terceiro setor, organizações não governamentais, sem fins lucrativos e filantrópicas, aqui neste estudo representadas pelas CTs. Cruz (2022, p. 56-57) destaca que

não se trata somente da vulcanização dos direitos trabalhistas ou da implementação do neoliberalismo. Vai além. Há um conteúdo de desrepublicanização e desdemocratização que alcança todos os setores públicos, e age insidiosamente sobre o universo privado, buscando disciplinar comportamentos em ambas as esferas de modo a conter a vontade única, abalar a relação entre poderes, deslegitimar o serviço público e as políticas sociais, assim como assediar institucionalmente o Estado e seu aparato, particularmente o protetivo e de direitos constitucionalmente assegurados.

Sob essa ótica, a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA é fragmentada, sendo a responsabilidade do Estado transferida para as CTs, que responde à problemática a partir da refilantropização da questão social. Cruz sinaliza que,

a destruição da rede protetiva constitucional e dos direitos fundamentais significa a quebra do pacto (contrato) social e de solidariedade entre as pessoas, e fim conjuntural do ciclo de cidadania social inaugurado em 1988. Essa deslegitimação, sustentada por quadros do próprio Estado brasileiro como as Forças Armadas, exigirá um longo período de reconstrução findado esse governo. Há um desmonte e destruição da proteção social, sem substituto público. Iniciada no governo Temer, com a extinção de ministérios importantes como o do Desenvolvimento social e Desenvolvimento Agrário, é no governo Bolsonaro que a quebra da expectativa de direitos, portanto, a quebra da possibilidade de projetos de futuro por setores da sociedade alcança contornos e conteúdo de desastre social (CRUZ, 2022, p. 65).

Em 2023, Luiz Inácio Lula da Silva reassume a Presidência da República. Com a promessa de retomar o alinhamento da Raps aos preceitos da RP. Contudo, no limite temporal desta dissertação, cabe sinalizar que as inflexões e disputas perduram. A criação do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas vinculado ao MDASFCF em janeiro deste ano, vai na contramão da RP aponta um campo de tensão e disputas, por um lado há defesa da lógica antimanicomial, por outro, incentivos às CTs.

É válido salientar que a mudança de nome do departamento e a retirada do termo Comunidades Terapêuticas após pressão de entidades e movimentos defensores da RP parece camuflar a disputa de interesses, e não de fato extinguir o órgão que dá maior visibilidade às

CTs. Isso porque, a mudança de nome não altera as competências e os objetivos do departamento.

Esses impactos sobre o SUS conectam-se ao desfinanciamento¹⁴ da saúde de maneira geral. Eles se concretizam em serviços que possuem valores e objetivos estranhos aos pressupostos constitucionais.

¹⁴ Diante desse cenário, “O Estado premido pela necessidade de favorecer as finanças e garantir elevados níveis de *superávit primário* tem estreitado seu espaço para realizar investimentos públicos e oferecer políticas públicas essenciais ao desenvolvimento, em favor de sua privatização” (IAMAMOTO, 2008, p. 39, grifos no original).

CAPÍTULO 2

Os Paradigmas: Psiquiátrico, Psicossocial e Proibicionista

Neste capítulo será feito o apanhado da construção histórica da loucura e do cuidado em Saúde Mental Álcool e outras Drogas. Aqui serão realizados o aprofundamento e a contextualização dos aspectos que levaram à construção de um cuidado baseado no paradigma psiquiátrico e posteriormente a construção do paradigma psicossocial. Serão trazidos os elementos que constituem o paradigma proibicionista nas bases da construção da PNAD, para subsidiar a discussão sobre os atuais retrocessos que incidem na RP.

2.1 A construção da loucura e do saber psiquiátrico

É fato que, assim como a loucura, os comportamentos considerados como desviante pelo corpo social são parte da história da humanidade, tal qual o consumo de drogas, que sempre esteve associado a diversos aspectos e contextos vividos em cada época (ALVES; LIMA, 2013).

Faz-se necessário contextualizar historicamente o processo de construção do cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, antes de adentrar nos retrocessos que incidem sobre ela. A possibilidade de concentrar as pessoas definidas como loucas, no mesmo espaço, para estudar e remediar suas loucuras, promove o surgimento da Psiquiatria e do paradigma psiquiátrico¹⁵ (AMARANTE, 1996).

É importante aqui elucidar como a determinação da pessoa louca enquanto representação de perigo fornece e instaura a institucionalização da loucura pela Medicina e a torna parte do saber médico.

Ao longo da história, o sentido da loucura vai sendo modificado. Na Idade Média e no período do Renascimento, a definição da loucura enquanto possessão demoníaca origina-se paralelamente ao nascimento do cristianismo (PESSOTTI, 1994) e

a visão medieval da loucura está intimamente associada, ou mesmo identificada, à possessão demoníaca. Esta perspectiva ganha espaço à medida que a hegemonia do cristianismo se impõe. Derivam-se daí, por exemplo, as lutas contra os hereges que,

¹⁵ “A Psiquiatria nasce de uma reforma, isto é, nasce como produto das reformas em instituições sociais na França revolucionária. E, nesse exato momento, passa a ser, ela mesma, motivo de críticas e objeto de outras reformas. De um lado, questiona-se sua ousadia teórica e prática; de outro, seu excessivo poder. Desde então, muitos são aqueles que se colocam contra a ameaçadora presença dos loucos na rua.” (AMARANTE, 1996, p. 37).

por insistirem em cultuar divindades “pagãs”, são vistos como encarnações do demônio (CECCARELLI, 2005, p. 472).

O atravessamento das doutrinas demonistas e dessa identificação da loucura enquanto possessão é sustentado pela concepção cristã, em que pese sensações e ímpetos que se manifestavam nos sujeitos, hoje compreendidos como adoecimento mental, eram considerados como relacionados ao sobrenatural e ao demônio, atribuídos à magia, feitiçaria, bruxaria (PESSOTTI, 1994). Os comportamentos considerados inadequados ou incomuns eram considerados como possessão.

Na Antiguidade, apesar da loucura ser considerada como manifestações do sobrenatural, ela poderia ser identificada como um comportamento que visava a obtenção de equilíbrio. A partir da idade média, ela é considerada inevitavelmente, má. A loucura passa a ser considerada, nesse sentido, como algo ruim, “a perda da razão ou o descontrole emocional agora têm a marca da condenação e da culpa. O louco passa a ser suspeito, a ser perigoso e, por isso, evitado.” (PESSOTTI, 1994, p. 100).

É válido ressaltar que a loucura também foi e ainda é objeto de estudo da filosofia desde Platão, refletindo sobre “a natureza humana, a alma, as paixões, a ética e a moral”:

a filosofia trata, ainda, do próprio processo de conhecimento, processo este que passa a merecer maior atenção na Idade Clássica, com base nas novas descobertas da ciência. E, antes da ciência moderna, compete à filosofia ‘falar’ do real, da verdade, e da verdade do real. Os homens de saber são, acima de tudo, filósofos (AMARANTE, 1996, p. 38).

A partir do século XVII originam-se os Hospitais Gerais¹⁶, que são grandes espaços de internação, onde “é reclusa toda a sorte de marginalizados, pervertidos, miseráveis, delinquentes e, dentre eles, os loucos” (AMARANTE, 1996, p. 38); os chamados “alienados” são colocados neste lugar e mantidos acorrentados, considerados perigosos e violentos (AMARANTE, 1996).

¹⁶ Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. Os alienados que Pinel encontrou em Bicêtre e na Salpêtrière pertenciam a esse universo (Foucault, 1978, p. 50)

Philippe Pinel¹⁷ possui importante papel na articulação da loucura, agora entendida como alienação mental¹⁸, entre os saberes dentro do campo médico e do filosófico:

Pinel funda uma tradição – a da Clínica – como orientação consciente e sistemática. Os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está perto, com o que é semelhante ou diferente. Colocado em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, o alienista, valendo-se da sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico. Esse é o método do conhecimento, o que opera a passagem da loucura para a alienação mental (AMARANTE, 1996, p. 41).

Nesse sentido, Pinel propõe a liberdade dos alienados, liberdade esta que, liberados das correntes, os sujeitos ainda deveriam permanecer restritos ao asilo. Dessa forma, é importante destacar que, se antes de Pinel já haviam instituições asilares, a sua contribuição nesse contexto diz respeito, principalmente, ao tornar a loucura, que até esse momento era objeto da filosofia, objeto também da medicina.

É importante conhecer e historicizar a forma como os loucos – alienados, desviantes – eram tratados para identificar como a sociedade determina e elege determinados grupos sociais como indesejáveis. Pinel dispõe sobre a possibilidade de cura dos loucos, por meio do tratamento moral (AMARANTE, 1996). O asilo é, por conseguinte, o local de referência para o tratamento moral da loucura. Nesse sentido:

o primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do ‘tratamento moral’, o princípio do ‘isolamento do mundo exterior’, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada. Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio no qual as mesmas não podem mais prejudicá-lo. (AMARANTE, 1996, p. 48, grifos no original).

Sobre a questão das drogas, desde o momento em que o seu uso é entendido como uma questão de Saúde, a partir da especialidade da Psiquiatria é que esse problema será tratado ou curado. Ou seja, o tratamento parte do mesmo paradigma asilar dispensado aos loucos. Essa

¹⁷ “Médico, filósofo, matemático e enciclopedista, Philippe Pinel tem importante papel nessa transformação. Papel este que, ao contrário do que muitos já sabem, não é restrito ao campo da Psiquiatria. Como um dos fundadores da clínica médica, ele assume, em 1793, a direção do Bicêtre, onde opera os primeiros momentos dessa modificação. Manda desacorrentar os alienados e inscreve suas alienações na nosografia médica. Esquadrinha o Hospital Geral e nele reserva um primeiro espaço rigorosamente médico para os alienados.” (AMARANTE, 1996, p. 39)

¹⁸ “Alienação significa o ato de estar fora de si próprio, de tornar-se um outro, de perder a consciência de si e das coisas. A palavra, tornada conceito, pretende dizer algo do fenômeno que procura conceituar. Seria apenas uma ironia da história? pois, ‘alienante’ torna-se a expressão que melhor definirá a prática e o saber psiquiátrico? Qual outro campo do saber tem autorizado uma prática tão segregante, tão excludente e violenta?” (AMARANTE, 1996, p. 42, grifos no original).

relação da droga com saúde pública origina-se a partir da aproximação da medicina e do Estado. O controle do Estado parte do entendimento da periculosidade do uso das drogas.

Sinaliza-se aqui que, tanto o Estado quanto a Medicina são legitimados historicamente para estipular e definir aquilo que é adequado ou não. “Colocado em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico” (AMARANTE, 1996, p. 41).

Nessa direção se encontra a religião, que também se constitui enquanto espaço concebido e com legitimidade social para impor normas e regulamentar formas de convívio social (RODRIGUES, 2006). Rodrigues afirma que,

com a colonização do “Novo Mundo” sob forte influência da Igreja Católica, a proscrição das “plantas sagradas” passou a fazer parte da imposição da cultura do descobridor-colonizador, e da afirmação do catolicismo como religião oficial, por meio da “catequese” dos índios, habitantes nativos das terras americanas. Esse aspecto da religiosidade deve ser necessariamente incluído como um dos elementos básicos para se compreender as origens da proibição das drogas no mundo moderno, especialmente porque que um dos pilares da política proibicionista veio da influência do protestantismo norte-americano, e de seu ideal religioso de abstinência, pregado pelas proeminentes figuras de formação religiosa que atuaram como influentes arquitetos do proibicionismo (RODRIGUES, 2006, p. 27).

No início do século XX, aumenta a divulgação, pela mídia, dos malefícios das drogas e a necessidade de lutar contra o seu uso, por meio da saúde pública. Com vieses proibicionista e moralizante, essas divulgações estipulavam uma relação direta entre determinados grupos sociais – considerados desviantes – e o uso de drogas.

Rodrigues (2006) destaca que essa relação passou a imputar às drogas uma das causas de degeneração moral.¹⁹ Assim, “o asilo torna-se um lugar não apenas de isolamento terapêutico,

¹⁹ “Para Morel, em virtude do pecado original, o homem primitivo é condenado a lutar contra as hostilidades da natureza, tendo que adaptar-se ao meio que não se submeta a suas imposições. Como castigo divino, este ser metafísico vai-se ‘desviando maleficamente’ do tipo primitivo ideal, de tal forma que tais desvios imprimem-se em sua constituição genética, dando assim origem às ‘raças’. Mas o castigo continua: aquele ser primitivo, cujo maior dom era sua força moral e a predominância desta sobre o físico, ao ter-se submetido ao desejo da carne, ao ter-se permitido impor o físico sobre o moral, recebe uma ‘degeneração moral’ como marca impressa do seu desvio primário. O físico vai-se assim impondo sobre o moral e novos desvios vão surgindo nessas novas ‘raças’, que vão ultrapassando os limites do humano, caracterizando o processo mórbido. As ‘degenerações’ teriam um potencial hereditário – muito provavelmente pelo castigo divino – consideravelmente maior do que aquele que, até então, as leis da ciência reservam para a hereditariedade normal. Passando de pai para filho, as degenerações terminam por ocasionar verdadeiras linhagens de degenerados; fatalidade insofismável que a humanidade deve reconhecer. De acordo com Nobre de Melo, os fatores etiológicos das degenerações propostos por Morel podem ser devidos às intoxicações, especialmente o álcool, às influências do meio social (indústrias, profissões insalubres, miséria etc.), a enfermidades anteriores ou de temperamentos mórbidos, à relação com o mal moral, a enfermidades congênicas ou adquiridas na infância ou, ainda, às influências hereditárias”. (AMARANTE, 1996, p. 53-54, grifos no original).

no sentido pineliano, mas, também, de prevenção do mal que o contágio dos alienados pode causar para a contaminação da sociedade” (AMARANTE, 1996, p. 56).

Nesse período, o uso de SPA estava associado a duas direções distintas, o uso medicinal e o uso religioso, vinculado a cerimônias religiosas para alteração do estado de consciência e ritos místicos (RODRIGUES, 2006). Com o avanço da ciência e a descoberta de medicamentos, também se chama maior atenção da população para o uso recreativo dessas substâncias (RODRIGUES, 2006). Diante desse contexto,

o disciplinamento do comércio e do consumo de drogas do início do período moderno deve ser compreendido no âmbito da expansão mundial ibérica na época das grandes navegações, mas não se deve esquecer que a definição de droga *sempre foi um conceito antes de tudo moral*, que vai acarretar, posteriormente, seu conteúdo ilícito e criminal. O novo Estado Moderno, portanto, une o poder religioso ao poder médico para guardar um conjunto de normas reguladoras da vida pessoal, em especial do consumo das drogas (RODRIGUES, 2006, p. 31).

Percebe-se também a relação entre o proibicionismo, para além da questão do uso de drogas, para uma forma de controle do proletariado. Esse controle e o preconceito social fortalecem o discurso reducionista e moralizante do uso de drogas pelas classes vulnerabilizadas, que permanece até os dias atuais (RODRIGUES, 2006). O caráter autoritário do proibicionismo acaba por desvalidar modos e comportamentos diversificados, para impor uma moral dominante.

Ainda antes disso, é possível verificar, já em Foucault (1978), a fundação dos Hospitais Gerais, como mencionado anteriormente, no século XVII. Esses estabelecimentos não possuíam respaldo médico, somente poder policaresco e funcionavam como mecanismos de repressão dos sujeitos, principalmente aqueles “marginalizados, pervertidos, miseráveis, delinquentes, e, dentre eles, os loucos” (AMARANTE, 1996, p. 38). Nesse período, também se percebe a influência da igreja, que criava instituições com os mesmos objetivos dos Hospitais Gerais (repressão) (FOUCAULT, 1978). Locais esses que, posteriormente, se tornarão espaços privilegiados de construção do saber médico. Esse sistema aproxima-se das prisões, por sua lógica baseada no controle social e na disciplina (AMARANTE, 1996; HEIDRICH, 2007).

No período após a Segunda Guerra mundial, surgem questionamentos a respeito das violações de direitos existentes nesses espaços e críticas ao modelo asilar (CAVALCANTE, 2019). Busca-se questionar os traços da instituição asilar e do saber médico psiquiátrico.

A partir daí, surgem movimentos que questionam e tendem a reformar a psiquiatria. Amarante (1998) organiza essas tentativas de mudança no paradigma psiquiátrico em três

pontos: (1) as restritas ao hospital psiquiátrico; (2) as que tendem a superar o espaço asilar; e (3) as que organizam o rompimento com os movimentos anteriores e questionam a estrutura da Psiquiatria como um todo.

Sobre as reformas restritas ao hospital psiquiátrico, cabe destacar que o principal aspecto da CT, estabelecida na Inglaterra a partir de 1959, era a ideia de destituição da hierarquia imposta nas instituições psiquiátricas, de modo a atingir uma horizontalidade de papéis, em que usuário, família e comunidade fossem responsáveis pelo cuidado de todos (DE LEON, 2003). É importante destacar que essa proposta de CT não se trata da CTs que se constituem objeto deste estudo, mas será percorrido aqui, para fins didáticos de contextualização das tentativas de reforma que precedem a RP. Segundo Amarante (1998, p. 29):

Maxwell Jones torna-se o mais importante autor e operador prático da comunidade terapêutica. Ao organizar, nos primeiros momentos de sua experiência, os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetiva o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais, assim como faz da 'função terapêutica' uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprios internos, dos familiares e da comunidade. A realização de reuniões diárias e assembleias gerais, por exemplo, tem por intuito dar conta de atividades, participar da administração do hospital, gerir a terapêutica, dinamizar a instituição e a vida das pessoas (grifos no original).

Ao considerar o modelo hegemônico psiquiátrico, a proposta de Jones foi considerada uma importante tentativa de alteração nas relações de poder nas instituições psiquiátricas. Apesar disso, ela não atingiu a matriz da problemática que alicerça o hospital psiquiátrico, que é a exclusão (AMARANTE, 1998; DE LEON, 2003; HEIDRICH, 2007).

A Psicoterapia Institucional, reforma também restrita ao hospital psiquiátrico, surge na França a partir de 1952. Diz respeito a mudanças no interior do hospital psiquiátrico, na tentativa de reorganizar essa estrutura interna, acreditando que essa reorganização transformaria o modo violento que predominava nessa estrutura. Com o auxílio da orientação marxista e a resistência francesa, iniciam-se as denúncias a respeito da lógica segregadora e excludente da Psiquiatria e da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 1998; HEIDRICH, 2007; DOMINGUES et al., 2010).

Apesar das tentativas de mudanças, essas reformas não alcançaram a raiz da questão. Elas eram concentradas estritamente na instituição psiquiátrica, ou seja, forneciam pouca arma crítica e revolucionária no que diz respeito às raízes do paradigma psiquiátrico. As tentativas de superação do espaço asilar, possuem um caráter mais crítico, no que concerne ao hospital

psiquiátrico e contestam as experiências anteriores, restritas ao ambiente hospitalar, considerando que esse deveria ser, aos poucos, substituído pela terapêutica extramuro.

A primeira delas, a Psiquiatria de Setor, surge a partir da década de 1960, na França, e traz como principais pontos de mudanças o tratamento no território, partindo do princípio de que a internação deveria ser uma parte do tratamento, mas que o foco principal seria na própria comunidade (AMARANTE, 1998; DOMINGUES et al., 2010). Esse modelo surge diante da argumentação de que os hospitais psiquiátricos e a sua manutenção haviam se tornado dispendiosos. Apesar dos avanços, esse modelo não previa a eliminação do hospital psiquiátrico e, também, não atingia as raízes do modelo predominante.

A partir da década de 1970, nos EUA, surge a Psiquiatria Preventiva. Essa modelo parte da pretensão de intervir nas origens das doenças mentais, prevenindo e promovendo a saúde mental²⁰. Surge a ideia de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas e, a partir daí, entende-se que “é preciso sair às ruas, entrar nas casas e penetrar nos guetos, para conhecer os hábitos, identificar os vícios, e mapear aqueles que, por suas vidas desregradas, por suas ancestralidades, por suas constitucionalidades, venham a ser ‘suspeitos’” (AMARANTE, 1998, p. 37, grifo no original). As críticas a esse modelo dizem respeito ao seu caráter higienista e repressivo (HEIDRICH, 2007; DOMINGUES et al., 2010).

As reformas que caracterizam a busca pela mudança do paradigma psiquiátrico são a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática italiana. A antipsiquiatria surge na década de 1960, na Inglaterra, e representa a primeira crítica radical da estrutura e do saber médico, buscando romper com o modelo em vigor (AMARANTE, 1998; DOMINGUES et al., 2010).

A Psiquiatria Democrática, idealizada por Basaglia, psiquiatra italiano, foi a mais bem estruturada proposta de reconstituir a forma de cuidado em SM. A partir de críticas ao modelo violento e segregador dos hospitais psiquiátricos e ao poder médico, Basaglia propõe mudanças de paradigma. Por meio das experiências de Gorizia²¹ e Trieste²², Basaglia propõe o desmonte

²⁰ “A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças dá lugar ao novo objeto: a saúde mental”. (AMARANTE, 1998, p. 36).

²¹ Para detalhes dessa experiência, ver *A instituição negada*, de Basaglia (1985).

²² “Basaglia chega a Trieste em outubro de 1971, onde dá início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Assim, são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes” (AMARANTE, 1998, p.49). Para saber mais sobre a experiência de Trieste, ver Rotelli e Amarante (1992).

do hospital psiquiátrico e novas formas de cuidado (AMARANTE, 1998; HEIDRICH, 2007; DOMINGUES et al., 2010).

A partir da inspiração no modelo de Basaglia, a experiência da RP desenvolve-se no Brasil, como veremos no próximo tópico.

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil: primeiras iniciativas para uma Política de Atenção à Saúde Mental Álcool e outras Drogas

O modelo psiquiátrico, que surge no Brasil a partir do século XIX, mantém características herdadas dos modelos estadunidense e europeu, manifestadas em um contexto de sociedade escravocrata. Como já apontado, esse modelo é baseado no asilamento, com o entendimento de que os loucos são aqueles despossuídos de razão²³. Nesse sentido, é importante destacar que, no Brasil, o tratamento para o uso de drogas é historicamente datado a partir do século XIX.

Apesar da lógica atravessada pelo proibicionismo, é válido sinalizar os avanços alcançados na política de controle do consumo de drogas a partir da RP, no Brasil. O século XX destaca-se pela construção e, também, pelas tensões no que diz respeito às instituições manicomiais.

A legislação brasileira sobre drogas é influenciada pelas Convenções das Nações Unidas, comprometendo-se no combate ao tráfico e na redução da demanda e do consumo das drogas. Além disso, o Brasil inspirou-se no modelo proibicionista, configurado pelos EUA.

Considerando o histórico escravocrata herdado no período do Império e a exclusão social de populações mais pobres, com a instituição da República, não houveram mudanças significativas no que diz respeito a exclusão. Nesse período, o país estava permeado pela tensão social e pelo crescimento da criminalidade. A partir de 1890, começa-se a criminalizar a venda de drogas, que no momento era restrita apenas aos boticários²⁴ (MORAIS, 1997). Nesse período, o uso próprio das drogas ainda não previsto na legislação como crime.

²³ “A loucura é entendida como ‘alienação’, como o estado de contradição da razão, portanto, como o estado de privação de liberdade, de perda do livre-arbítrio. Se alguém é alienado, isto é, se não se lhe pertence, não há razão, não há liberdade”. (AMARANTE, 1996, p. 44, grifos no original).

²⁴ Os boticários poderiam vender apenas aos médicos e aos cirurgiões (MORAIS, 1997).

A política de controle de drogas passa a ter maior importância para o Estado brasileiro a partir da assinatura do tratado de Haia²⁵. A partir de 1915 inicia-se no Brasil, após a promulgação da Convenção de Haia sobre o Ópio, a criminalização do uso²⁶ de substâncias (MORAIS, 1997). Nesse período, é editado o Decreto 20.930 de 11 de janeiro de 1932, que além de estabelecer o rol de drogas consideradas ilícitas, estabelece também as penalidades para o uso e a venda.

Nesse período, a legislação sofria grande influência da categoria médica e o intenso controle médico-sanitarista (RODRIGUES, 2006), e esse “controle médico fazia depender o término da internação de um atestado médico “de cura”, passando o dependente de drogas a estar sujeito a um controle social-médico intenso, bem adequado ao modelo sanitário da época” (RODRIGUES, 2006, p. 138).

Esse modelo amplia-se, no contexto brasileiro, a partir da segunda metade do século XX, e reafirma-se na conjuntura da ditadura militar. Antes de 1964, apesar das leis repressivas, os usuários e dependentes não eram considerados criminosos, contudo, eram internados de maneira compulsória (CARVALHO, 2011). Nesse contexto, a elaboração de leis e normas repressivas de controle de comercialização e uso de substâncias foi crescendo, no país. Após o golpe militar, iniciou-se um processo de fiscalização mais rígida.

A partir de 1964, período em que o golpe de Estado se dava e se instaurava maior espaço à repressão e reduzia a liberdade democrática, a questão das drogas tendia a uma política mais criminalizante. Por meio do Decreto nº 54.216 de 22 de agosto de 1964, promulga-se no Brasil a Convenção Única de Entorpecentes, o que abre maior espaço para combate às drogas de maneira mais repressiva (RODRIGUES, 2006).

Nesse período existe o que Olmo (1990) vai conceituar como “duplo discurso sobre a droga, que

²⁵ “A assinatura do Convênio da Haia de 1912 marcou o início do controle penal internacional de drogas, tendo o governo americano usado tal instrumento para justificar a necessidade de alterar suas leis internas, consideradas frágeis e restritas. Sob tal influência, o Congresso Nacional Americano editou leis federais rígidas, e impôs o controle federal sobre os estados, culminando com a edição do Harrison Act, de 1914, ainda mais complexo e severo do que os acordos internacionais assinados”. (RODRIGUES, 2006, p. 50-51).

²⁶ “Semelhante ao ocorrido nos Estados Unidos, no Brasil, a criminalização do uso e do comércio de drogas emergiu como uma ação preventiva promovida por grupos específicos; médicos legistas e psiquiatras no Brasil, juristas e políticos nos Estados Unidos. Na verdade, tanto lá como aqui, as drogas não representavam um problema socialmente definido como o alcoolismo. Neste caso, as tentativas norte-americanas de proibição das bebidas alcoólicas consistiam em um movimento social amplamente discutido e centralizado no Movimento pela Temperança (Temperance Movement), havia um processo político respondendo à opinião pública. A primeira medida legislativa norte-americana contra as drogas surgiu em 1909 inspirada pela intenção governamental em se alinhar a outros países em convenções internacionais proibidoras do uso de drogas. Esta medida se resumia à proibição da importação e do uso do ópio que não fosse com fins médicos ou não especificados (MORAIS, 1997, p. 4 e 5)”.

pode ser conceituado como modelo médico-jurídico, tentando estabelecer ideologia de diferenciação”, que possui como característica principal a distinção entre consumidor e traficante, ou seja, entre *doente e delinquente*. O primeiro, em razão de sua condição social, estaria absorvido pelo *discurso médico*, consolidado pelo *modelo médico-sanitário* em voga desde a década de cinquenta, que representava o estereótipo da *dependência*, enquanto que o traficante era o *criminoso, o corruptor da sociedade* (OLMO, 1990, p. 34, grifos no original).

Em 1968, a partir da promulgação do Decreto-lei 385 de 26 de dezembro de 1968, quando o General Costa e Silva assume o poder e institucionaliza o regime ditatorial, identifica-se que agora o usuário de substâncias equipara-se ao traficante, sendo a eles aplicadas as mesmas punições (RODRIGUES, 2006),

atribui-se esse momento de mudança de orientação da política criminal de drogas no Brasil como mais um exagero do Regime Militar que, no auge da repressão política, preocupava-se com a oposição sistemática aos militantes de esquerda. Essa absurda legislação que equiparou o usuário ao traficante era mais uma tentativa de aumentar o controle social sobre a população que contestava o regime, por meio do aumento da repressão ao consumo de drogas (RODRIGUES, 2006, p. 145).

As legislações que se seguem possuem caráter repressivo e não preventivo ao uso de substâncias, como por exemplo a Lei de Tóxicos de 1976, que traz o tratamento obrigatório da dependência de drogas, considerando a droga enquanto um perigo social (MORAIS, 1997). Morais (1997, p. 9) afirma que “o discurso eugênico dos psiquiatras foi fundamental para a criminalização das drogas”.

O proibicionismo, no Brasil, baseou-se na hegemonia do modelo biomédico e no conservadorismo e moralismo, vinculados à religião (TORCATO, 2014). As leis de combate às drogas, foram inspiradas, principalmente, pela política de “guerras às drogas” iniciada nos EUA, nos anos 1900, de cunho moralista, que alertava a população sobre os riscos do uso de substâncias consideradas ilícitas, e sobre a “ameaça” representada por determinados grupos sociais (CARVALHO, 2011).

A chamada Lei de Entorpecentes, Lei 6.358, de 1976 apesar de seu caráter repressivo, identificou a necessidade da criação de serviços assistenciais para usuários de drogas (CARVALHO, 2011).

Nesse contexto, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB) inicia-se a partir de 1970, paralelamente ao movimento de Reforma Sanitária e ao cenário de redemocratização, Diretas Já (1983). A RPB nasce inspirada principalmente pelo modelo italiano, a partir do que se configura a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam)²⁷.

²⁷ “Orgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental [...]. A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII, ao registrarem no

Surge o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que denuncia as irregularidades de hospitais psiquiátricos, as precárias condições de trabalho e as violações de direitos dos usuários (AMARANTE, 1998). O MTSM é heterogêneo, abrangendo diversos setores da sociedade e além das reivindicações iniciais, parte do movimento começa a exigir a adoção de modelos de cuidado que ultrapassem a instituição psiquiátrica.

A partir da segunda metade da década de 1980, inicia-se a trajetória de busca pela desinstitucionalização (AMARANTE, 1998). Esse período é marcado por alguns eventos importantes²⁸, pois a SM é inserida no debate e dado o primeiro passo na reorganização dos serviços de assistência e desinstitucionalização do cuidado (BARROS; SALES, 2011). Cabe destacar o Projeto de Lei 3.657/1989, que propunha legalmente a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de base ambulatorial. Esse Projeto de Lei deu origem, posteriormente, à Lei 10.216/2001.

É relevante destacar que, nesse período, vivia-se o medo da população com relação à considerada epidemia de *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Aids) e, nesse período, ao se pensar a necessidade de políticas públicas que dessem conta dessa problemática, começou-se, pela primeira vez, a pensar nas pessoas que faziam uso de drogas, especialmente injetáveis. Contudo, o proibicionismo inviabilizou a elaboração de políticas públicas específicas para o cuidado relacionado ao uso de SPA.

Diante desse cenário, iniciam-se as primeiras estratégias de RD. Na cidade de Santos, em São Paulo, diversas experiências deram início às estratégias de RD, dentre elas, o Programa de Troca de Seringas, no ano de 1989. Esse programa foi ameaçado por diversos grupos conservadores, como setores religiosos e da justiça. Cedendo às pressões, por diversos anos, o programa foi interrompido. Somente seis anos depois é que as estratégias de RD foram de fato estabelecidas no campo de ação da saúde, na prevenção da epidemia de Aids (RODRIGUES, 2006).

A década de 1990 é marcada pelo advento do SUS e por alguns avanços em relação à assistência à SM. Em 1992, o Ministério da Saúde pública a Portaria SNAS/MS 224 (BRASIL,

livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital”. (AMARANTE, 1998, pp 51-52).

²⁸ “[...] destacam-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como o ‘Congresso de Bauru’, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, ou ‘Projeto Paulo Delgado’, como ficou conhecido, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental”. (AMARANTE, 1998, p. 75, grifos no original).

1992), que regulamenta o funcionamento dos serviços assistenciais à SM e inclui o Caps e o Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps). Cabe destacar que, apesar disso, a construção desses serviços não ocorreu da forma prevista.

Nesse sentido, cabe salientar que, até 1990, a principal forma de atenção e cuidado com relação às drogas, era a internação psiquiátrica. Vale ressaltar que já existiam ambulatórios, contudo, eram insuficientes para garantir o acesso da população que necessitava. Nesse período, aqueles que possuíam necessidades decorrentes do uso de SPA eram tratados pela legislação como criminosos.

Em 2001, é promulgada a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários. Esta lei, chamada de lei da RP traz uma nova perspectiva para o cuidado em saúde mental em uma perspectiva antimanicomial, trazendo a ideia de cidadania e cuidado em liberdade.

Contudo, na perspectiva da construção da política sobre drogas, no Brasil, o documento diz respeito, desde a sua gênese, à articulação da Saúde e da Segurança Pública.

Destacam-se, aqui, a PNAD de 2003 e a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, de 2004. Sinaliza-se que a lógica do proibicionismo seguida pela PNAD opunha-se à lógica preconizada pelo MS e defendida a partir da RP, que se pauta na RD.

A estratégia de RD foi sendo modificada, ao longo dos anos, e se tornou uma alternativa de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, um conjunto de práticas e ações de prevenção de agravos aos que possuíam necessidades decorrentes do uso de SPA (PETUCO, 2016). Apesar da sua consolidação como importante ferramenta de cuidado, a RD, ainda nos dias atuais, é criticada pelos setores conservadores e os que defendem a pauta de drogas por uma perspectiva proibicionista (PETUCO, 2016). O debate sobre drogas caminhava, no Brasil, a passos lentos. Isso porque os entraves perpassavam setores conservadores e preconceitos com relação aos sujeitos, impondo ações de caráter repressivo e criminalizante.

No ano de 2006 foi promulgada a Lei 11.343, que criou políticas nacionais de combate ao tráfico de drogas e de tratamento dos usuários. Essa lei instituiu o SISNAD e estabeleceu medidas de prevenção do uso indevido de drogas tornadas ilícitas, e estratégias de atenção e reinserção social dos usuários. Destaca-se que essa lei representou um enraizamento do sistema punitivista e proibicionista, visto a ausência de critérios explícitos que diferenciasssem as figuras do usuário e do traficante. Dessa forma, a punição tem uma tendência a ser exercida com maior veemência. Alguns autores sinalizam que isso contribui para reforçar uma punição a segmentos mais

vulnerabilizados da sociedade, como jovens pretos, pobres e periféricos (TORCATO, 2014; PETUCO, 2016).

A política de atenção básica de 2006 e 2011 (ESF e NASFs) surge para ser uma porta de entrada e de atenção em SM, os hospitais gerais também, segundo essa ótica, devem conter leitos de internação. Contudo, verifica-se também uma resistência das instituições, dos gestores e dos trabalhadores do SUS, o que corrobora para o fortalecimento da CTs.

O Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 instituiu o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas previa investimento público às CTs. Esse investimento corrobora para uma política punitivista e voltada para uma lógica de internação, atentando contra os princípios da RP. Estimula-se o avanço quantitativo das CTs e desestimula o avanço dos serviços de base territorial, preconizadas pela RP.

Entre os anos de 2010 e 2011, com a instituição do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack*, facilita-se os convênios do Estado com as CTs (COSTA, 2020). Esse plano, após algumas modificações, torna-se o programa *Crack, É Possível Vencer*, que surge em uma conjuntura de terror social, que personifica a substância e contribui para uma visão ainda mais estigmatizada. Diante do pânico com relação ao uso de SPA, é gerada certa aprovação social para longas internações, atitude discrepante com o que preconiza a RP (ALVES; LIMA, 2013; COSTA, 2021).

A partir do exposto, evidencia-se que o debate sobre drogas, desde a sua constituição, envolve campo de disputas e tensões relacionadas a aspectos proibicionistas e conservadores. Considerando isso, é importante entender as ameaças em torno da PNAD e os retrocessos que partem de uma lógica contrária à RD e a favor da proibição, criminalização e abstinência. No próximo tópico serão feitas reflexões sobre a CP e sobre o lugar que as CTs ocupam nesse processo.

2.3 A inserção das CTs na RAPS: caminhos para a (re)manicomialização

A institucionalização da Raps no SUS pela Portaria 3.088/2011, se constitui um marco no processo de inclusão das CTs como política pública estatal e mudanças no modelo de atenção, uma vez que permite que tais instituições atuem em nível de atenção residencial de caráter transitório por até nove meses junto às unidades de acolhimento (BRASIL, 2011). Cabe, no entanto, ressaltar, que as CTs já haviam sido conveniadas no Plano Integrado de

Enfrentamento ao Crack em 2010, posteriormente denominado de Programa *Crack*, é possível vencer (BRASIL, 2011), como mencionado na subseção anterior.

Antes de dar início à problemática da inserção das CTs na Raps, faz-se necessário apresentar o histórico de seu surgimento. A literatura sobre as CTs apresenta algumas incongruências, contudo, é possível estabelecer as principais experiências que são fundamentais para a compreensão de seu advento.

A primeira inspiração é a associação de Alcoólicos Anônimos (AA). Essa organização surgiu nos EUA em 1935 composta por usuários de álcool. O método é baseado em 12 passos, na oração da serenidade, só por mais 24 horas sem beber e na troca de experiências. Não se vinculam formalmente a uma religião (FOSSI; GUARESCHI, 2015). Os 12 passos são princípios que devem conduzir o indivíduo à busca por uma recuperação espiritual e de transformação pessoal (DE LEON, 2003). Como veremos no decorrer deste trabalho, o método dos 12 passos é utilizado ainda hoje por grande parte das CTs.

A experiência realizada na Clínica Hazelden, em Minnesota, nos EUA em 1948, é marcada por uma perspectiva moral e rigorosa, realizada em regime fechado e com vistas à recuperação por meio da fé (CAVALCANTE, 2019). Outro trabalho importante na construção das CTs foi o Grupo de Oxford, De Leon (2003, p. 17-18) descreve que

o grupo de Oxford (por vezes chamado de “movimento”) foi uma organização religiosa fundada na segunda década do século XX por Frank Buchman, ministro evangélico luterano. Seu primeiro nome, First Century Christian Fellowship, transmitia sua mensagem essencial – um retorno à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja cristã. A missão de Oxford para o renascimento espiritual dos cristãos acomodava de modo amplo todas as formas de sofrimento humano. Embora não constituíssem o foco principal, os transtornos mentais e o alcoolismo, na qualidade de sinais de erosão espiritual, eram contemplados pelas preocupações do movimento (grifo no original).

No que diz respeito ao termo *comunidade terapêutica*, ele foi utilizado pela primeira vez em 1946, pelo psiquiatra inglês Thomas Main (SCHITTAR, 1985). Cabe sinalizar que originalmente, na Inglaterra, as comunidades terapêuticas se constituíram em espaços onde os antigos soldados sobreviventes da Segunda Guerra eram colocados para que recuperassem a força de trabalho, já que no pós-guerra estavam acometidos por danos físicos e psicológicos.

Contudo, é em 1959 que a experiência das comunidades terapêuticas passa a ser conhecida mais amplamente, a partir de Maxwell Jones. Nesse modelo, Jones realizou uma sucessão de experimentações em um hospital psiquiátrico. Dessa forma, Amarante (1998) aponta que o termo comunidade terapêutica descreveu nesse momento, um conjunto de reformas institucionais organizadas por Maxwell Jones, que eram prevalentemente exclusivas

ao contexto do hospital psiquiátrico, com o foco de modificar a prática asilar e manicomial predominantes.

Jones organizava os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades (DE LEON, 2003). A sua ideia era que o sujeito estivesse envolvido em seu processo terapêutico, assim como os familiares e a coletividade. O pensamento defendido por Jones era desmontar a estrutura hierárquica dos hospitais, democratizando as relações e baseando-se na horizontalidade.

No Brasil, as CTs são datadas a partir de 1960 (IPEA, 2017) e aproximam-se das experiências estadunidenses, apontando para a transformação moral e com forte influência religiosa (CAVALCANTE, 2019). Elas afastam-se da experiência de Maxwell Jones, que não tinham viés religioso e buscavam alcançar relações horizontais. As CTs hoje no Brasil, pelo contrário, possuem relações hierárquicas muito bem definidas, além de pouco considerar a participação do sujeito, da família e da comunidade no tratamento, como era a ideia de Jones. Apontam ainda para uma readequação e reformulação de comportamentos dos sujeitos.

As CTs expandem no Brasil a partir da década de 1990 e representam a omissão histórica do Estado com relação às políticas de cuidado em SM. Hoje, elas se apresentam enquanto entidades privadas sem fins lucrativos e possuem métodos que divergem dos preceitos da RP, contudo, têm sido financiadas também pelo poder público.

Elas ganham cada vez mais espaço na política sobre drogas, de modo especial em contexto de acirramento da contrarreforma nas políticas sociais, que atinge além do setor saúde, no processo de restrição dos direitos da classe que vive do trabalho, como os direitos trabalhistas, previdenciários, da educação, da assistência social, dentro outros. Esse conjunto de *contrarreformas* no âmbito da saúde mental, se configura em *CP*, na qual as CTs ocupam papel central (COSTA; MENDES, 2020; PASSOS et al., 2020).

Destaca-se que as contrarreformas se fundamentam em um processo histórico-político de disputa de interesses e luta de classes. Nessa perspectiva, o Estado utiliza seu aparelhamento para legitimar a lógica de privatização da coisa pública. Por conseguinte, as contrarreformas são o principal mecanismo de desconstrução e regressão de direitos conquistados.

Cabe sinalizar também que desde o início dos debates em torno da RP e do foco destinado à desinstitucionalização dos sujeitos, os principais opositores das práticas antimanicomiais e fora dos muros dos hospitais foram os grandes empresários dos hospitais psiquiátricos, da indústria farmacêutica e de entidades religiosas, por representarem riscos aos seus interesses (AMARANTE, 1996).

Nessa direção, entende-se aqui as CTs como instrumento de materialização da CP, que ganha maior força a partir do golpe de 2016 (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). É a partir desse período que diversos aparatos legais dão nome à chamada Nova Política de Saúde Mental (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Todo o aporte legal da chamada Nova Política de Saúde Mental corrobora para o sucateamento dos serviços e para o desmonte do SUS, impulsionando a privatização, numa perspectiva manicomial²⁹.

Em 2016, a Portaria nº 1.482 do MS incluiu as CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No ano de 2017 a resolução nº 32 do MS estabeleceu as diretrizes para o funcionamento da Raps e incluiu o hospital psiquiátrico. A portaria nº 3.588 Alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Raps. Essa portaria reforça uma visão higienista e proibicionista.

Em 2018 a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) definiu as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD e a Portaria GM/MS Nº 3.449 instituiu o comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, envolvendo a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas CTs.

No governo de Jair Bolsonaro, temos um aprofundamento da CP e fortalecimento de medidas de (re)manicomialização, expresso principalmente por meio da reformulação do aparato legal-normativo e político em álcool e outras drogas, com instituição da “nova” política sobre drogas (que passa a ser *antidrogas*) prevista pelo Decreto nº 9.761/2019 (BRASIL, 2019).

A Nota Técnica nº 11/2019 da CMAD, que reduz os Caps enquanto serviços substitutivos e reafirma as CTs e os hospitais psiquiátricos como parte da rede, também marca os retrocessos no âmbito da saúde mental no período. Bravo, Pelaez e Menezes (2020, p. 201), destacam que

o documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco têm de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

²⁹ “O horizonte está na compreensão de que manicômio não se resume aos muros dos antigos e tradicionais hospitais psiquiátricos, mas, muito além disso, constitui uma lógica que se concretiza nas relações humanas, tendo como imperativos a segregação e a anulação de sujeitos” (CFP, 2018, p. 10).

No mesmo ano, a portaria nº 562 Presidência da República aprovou a Nova Política Nacional sobre Drogas. A Lei 13.840 de 2019 dispõe sobre o SISNAD e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

Em 2022 é instituído pelo CONAD o PNAD. Esse plano deverá ter a vigência de cinco anos, e contempla a área de redução da demanda, a área de redução da oferta e a gestão da política, contemplando tanto drogas ilícitas, quanto drogas lícitas.

Tal conjunto normativo, permite que as CTs ganhem centralidade no “cuidado”, e a incorporação no contexto da política pública em saúde mental, álcool e drogas, de seus fundamentos e princípios, ou seja: instituições de “acolhimento” e não de internação, com forte apelo a reforma moral, abstinência como único horizonte e lógica de asilamento, forte influência religiosa e elementos basilares do tratamento moral presentes na psiquiatria tradicional (PASSOS et al., 2020).

Até aqui foi realizado um apanhado histórico dos marcos normativos que constituem as CTs na relação com o aprofundamento da CP. No tópico seguinte é feita a contextualização do campo interventivo em que se inserem as CTs e a correlação da CP com a expansão dessas instituições.

2.4 A expansão das Comunidades Terapêuticas

A expansão e relevância das CTs ocorre concomitantemente ao aumento de força política da extrema direita no país, visibilizadas pela presença de grupos conservadores, fundamentalistas religiosos em espaços públicos estratégicos (PASSOS; GOMES; SANTO, 2022), ultrapassando a relação entre CTs e o Estado apenas no Poder Executivo federal, para uma forte relação também no âmbito do Poder Legislativo federal, a exemplo da criação em 2011 da primeira Frente Parlamentar Mista em defesa das CTs pelo Deputado Eros Biondini, então filiado ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), de Minas Gerais. Esse mesmo deputado em 2015, propõe novamente a criação da Frente Parlamentar Mista em defesa das CTs, compostas de congressistas de partidos políticos diferentes, inclusive de partidos de esquerda, dentre os quais, deputados do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e do Partido Comunista do Brasil (PCdoB), que contam com outros membros contrários ao modelo de atenção adotado pelas CTs (DOUDEMANT; CONCEIÇÃO, 2018).

O avanço do conservadorismo e da CP, manifesta-se a partir de diferentes estratégias, como já mencionado no presente estudo, nas mudanças das normativas legais da PSM na organização sócio-política de diferentes forças na ocupação de espaços públicos no parlamento e no poder executivo, assim como na organização de segmentos da sociedade civil. Esse conjunto de forças políticas na contramão dos princípios da RP constituem expressividade na disputa do fundo público pelo setor privado e filantrópico e no desfinanciamento dos serviços públicos de SM, ao passo que a depender da intensidade organizativa de tais setores, tendem a tomar para si a direção da política pública.

No que concerne à política de saúde mental, álcool e drogas, as CTs expressam a materialidade do moralismo e conservadorismo que perpassa a questão de drogas no Brasil. O avanço de tais instituições ocorre também devido à omissão estatal e pela falta de investimento em serviços alinhados à RP, balizados por uma perspectiva neoliberal de privatização da coisa pública. É evidente também que há pressão pelos diferentes setores religiosos e empresarias para acessarem os recursos do SUS, do SUAS e dos setores de segurança pública, por meio da CTs, mas a histórica ausência de serviços públicos de SM em geral é terreno fértil para sua propagação. A legitimidade social das CTs se dá também pelos familiares e pessoas que convivem com os usuários, por meio inclusive da busca desesperada por serviços que acolham essa parcela da população.

Entretanto, os estudos sobre os métodos de intervenção utilizados durante as internações nas CTs são incipientes; e pouco se tem na literatura a respeito da eficácia desses métodos. Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) questionam a eficácia do método no que diz respeito à inserção social, já que os sujeitos são mantidos em locais fechados por até 12 meses. De acordo com Souza, Nunes e Santos (2018, p. 74),

a organização da rotina, com horários estritos para diversas atividades diárias, e o escalonamento do tratamento em fases sucessivas vão remodelando os corpos e disputando a alma dos sujeitos com outros desejos e vocábulos. Nesta disputa, o exercício de resignificação do passado de uso de drogas contribui para reforçar o projeto normalizador. O passado, doravante, só deve ser lembrado em seus piores momentos e por seus piores efeitos. Desqualifica-se qualquer memória de prazer decorrente do uso de drogas. Abol-se o uso de expressões de linguagem consideradas associadas ao mundo das drogas e a um tempo que não deve mais voltar.

De acordo com o indicado pela RP, o tratamento deve ser realizado em liberdade, em rede com base territorial e de forma articulada com todos os serviços da Raps, serviços que se alinham com os pressupostos da RP e voltados a preservar os vínculos familiares e comunitários.

Grande parte dos usuários em situação de rua que passaram por internações prolongadas em CTs, queixou-se das duras regras, da rotina cansativa de trabalho e orações durante os dias (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). Uma forte característica dessas instituições é o isolamento social. Assim, de acordo com o Ipea (2017), 74% dessas comunidades ficam em áreas rurais, o que dificulta o acesso do indivíduo ao convívio social e familiar. Além disso, sabe-se que a lógica da abstinência como principal estratégia interventiva, pautadas no isolamento social, no trabalho e na disciplina (IPEA, 2017; PASSOS; GOMES; SANTO, 2022; COSTA, 2021), nem sempre é um desejo do usuário.

Nesse sentido, cabe destacar que a intervenção realizada pelas CTs nega as estratégias de RD, a principal estratégia colocada pela RP. A RD envolve medidas que minimizem os prejuízos provocados pelo uso nocivo de SPA e mesmo que o uso não seja suspenso, que garanta menor risco à sua saúde (ALVES; LIMA, 2013). As estratégias RD devem levar em consideração o desejo e o contexto do sujeito. De acordo com Alves e Lima (2013, p. 11),

para as pessoas que apresentam transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o desafio atual refere-se à conformação de uma rede assistencial sensível às suas necessidades sociais de saúde que esteja comprometida com a garantia de seus direitos de cidadania. Considerando-se a autonomia da vontade do cidadão, a estratégia dos direitos humanos na área da redução de danos integra as relações entre o cidadão e o Estado, assim como as relações privadas. Busca a estratégia da redução de danos incentivar a escolha pessoal do dependente, fortalecendo o respeito à sua dignidade e o direito a usufruir de um nível de saúde que constitui um direito em si, conquistado ao longo de um processo histórico, político e social capaz de imprimir a perspectiva de direitos humanos nos sistemas de saúde.

Sob esta ótica, as CTs não só não dão conta de resolver a exclusão, como corroboram com esta. São criadas condições nas quais o usuário deve se adaptar à instituição, o que não é sustentado ao retornar para o seu meio social.

Nessa perspectiva e diante do enfraquecimento das políticas sociais, a questão das drogas entra na lógica do mercado e pela disputa de interesses do grande capital, destacando a luta de classes, basilar para a produção e reprodução do capitalismo.

Assim, é necessário entender, portanto, que os modelos existentes na atualidade são produtos dessa construção histórica e se inserem em um campo de contradições e disputas.

Fundamentado no que até aqui foi colocado, é fato que as CTs funcionam como equipamento de execução da CP. O cenário neoliberal e com ascensão da extrema direita e do neoconservadorismo, contribui para a moralização da questão das drogas. Nesse sentido, a chamada Nova Política, nada mais é do que um ataque à RD, aos serviços substitutivos e abertos

e à priorização da abstinência, bem como a criminalização da questão social. Por isso, a partir daqui serão analisadas as características das CTs, refletindo de forma crítica acerca da sua tríade: disciplina-trabalho-espiritualidade.

CAPÍTULO 3

Comunidades Terapêuticas: características e funcionalidades

Neste capítulo busca-se trazer os aspectos centrais que configuram as CTs atualmente no Brasil. Aqui, serão apresentadas também as características encontradas a partir da pesquisa feita nos sites eletrônicos das CTs selecionadas, conforme objetivo desta dissertação. Busca-se identificar a natureza das instituições, a visão, a missão, os valores, os objetivos, o número e o perfil de usuários atendidos, a equipe de profissionais, as entidades mantenedoras e formas de financiamento e as formas de intervenção.

3.1 Afinal, quais os principais elementos das CTs no Brasil?

É necessário compreender quais os principais elementos das CTs no Brasil e quais são as bases da intervenção realizada, por elas atualmente considerando-as enquanto dispositivo legalmente introduzido na PSM.

As CTs têm sido adotadas pelo Estado brasileiro como política pública para o atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de SPA. No entanto, como já citado, essa abordagem vai na contramão da RP, que preconiza a desospitalização e a inclusão social dessas pessoas. Elas se baseiam em um modelo disciplinar, que exige dos usuários a obediência a regras rígidas, o trabalho em atividades braçais e a oração como forma de intervenção. Essa abordagem é questionável do ponto de vista ético, técnico e científico, uma vez que não considera as particularidades de cada indivíduo e não se alinham aos princípios do SUS e aos Direitos Humanos.

A desresponsabilização do Estado no que diz respeito à execução da PSM abre lacunas que são ocupadas por instituições com propostas diversas ao que é preconizado pela RP, inclusive sem respaldo técnico e científico, como o caso das CTs (ARAÚJO, 2003; COSTA, 2021). A partir de 2001, a partir de algumas iniciativas na SENAD e de Federações relacionadas às CTs, começam a ser estipuladas algumas normas mínimas para que elas pudessem funcionar. Neste ano, a ANVISA publica a Resolução RDC nº 101 (BRASIL, 2001a), que estabelecia um regulamento técnico para o funcionamento das CTs.

A publicação dessa resolução tinha por objetivo principal reduzir a onda de instituições que se designavam como CTs, mas que na verdade funcionavam como depósito de pessoas (FEBRACKT, 2005). Contudo, apesar de ser iniciativa das próprias federações de CTs, o

estabelecimento da RDC nº 101 foi encarado com resistência pelos dirigentes dessas instituições.

Dez anos depois, a RDC nº 101 foi substituída pela RDC ANVISA nº 29 de 2011 (BRASIL, 2011b). A RDC nº 29 de 2011 que não utiliza mais a nomenclatura CTs, mas abrange instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA.

Além da RDC nº 29, as instituições que desejam se conveniar com o MDASFCF, devem cumprir alguns requisitos, a saber:

I - Formulário de requerimento para cadastro no Ministério. II - Cópia devidamente autenticada do estatuto ou ato constitutivo da entidade, registrado em cartório, que deverá conter normas de organização interna. III - cópia da Ata de Eleição, autenticada e registrada em Cartório de Pessoas Jurídicas, do quadro dirigente atual. IV - comprovante de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), emitido no sítio eletrônico oficial da Secretaria da Receita Federal do Brasil, para demonstrar que a organização da sociedade civil existe há, no mínimo, três anos com cadastro ativo. V - Atestado de funcionamento anual, expedido por autoridade competente, em original, com carimbo e firma reconhecida. VI - cópia de documento que comprove que a organização da sociedade civil funciona no endereço por ela declarado, como conta de consumo ou contrato de locação. VII – documento oficial do representante legal. VIII - comprovante de endereço do representante legal. IX - alvará sanitário, contendo o nome do responsável técnico de nível superior com capacitação e experiência no atendimento a usuários de substâncias psicoativas. X - certidão de débitos relativos a créditos tributários federais e à dívida ativa da União. XI - Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (CRF/FGTS). XII - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT). XIII - comprovantes de experiência prévia na realização de projetos ligados à atenção em álcool, tabaco e outras drogas de, no mínimo, um ano de capacidade técnica e operacional (MDASFCF, 2022).

Cabe destacar que, apesar dessa regulamentação, falta fiscalização adequada dessas instituições. Além disso, vê-se a partir das exigências, critérios sanitários, contudo, não são estabelecidos critérios técnico-científicos de funcionamento. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) considera ainda que os serviços oferecidos pelas CTs ferem o caráter laico do Estado e posiciona-se contrário à regulamentação dessas instituições (CFESS, 2014).

No relatório de inspeção nacional em CTs publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e Ministério Público Federal (MPF) em 2018, identificam-se diversos aspectos de violações de direitos e características totalizantes, como, por exemplo: privação de liberdade; retenção de documentos e objetos pessoais; imposição de disciplina; castigos; trabalho forçado; além da localização em lugares de difícil acesso, afastados do território (CFP, 2018). É importante apontar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) estabelece que,

Artigo 3º Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. Artigo 4º Ninguém será mantido em escravidão ou em servidão; a escravidão e o trato dos escravos, sob todas as formas, são proibidos. Artigo 5º Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (DUDH, 1948).

De modo geral, a base de cuidado ofertado por estas instituições são o isolamento, a abstinência, o trabalho, e a adequação religiosa-espiritual. É válido acentuar que estes elementos associados, desenvolvem-se no sentido de tratamento moral³⁰, não coadunando enquanto forma de tratamento de saúde, conforme o que preconiza a RP e a Lei 10.216 de 2001 (CFP, 2018).

Segundo o levantamento do financiamento público de CTs brasileiras entre os anos de 2017 e 2020, realizado pelo Conectas Direitos Humanos e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), existem impasses para a obtenção desses dados. O relatório destaca desde a dificuldade de acessar as informações sobre o orçamento à violação dos prazos fixados pela Lei de Acesso à Informação (LAI).

Ademais, em 2021 foi sancionada a Lei Complementar 187/2021, onde as CTs são consideradas como entidades atuantes na redução de demandas de drogas e diante disso passam a ter direito a imunidade tributária.

O MC por meio da SENAPRED instituiu a Portaria N° 582, de 8 de janeiro de 2021, que apresenta atualizações no Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT) para buscar uma gestão mais segura e transparente, segundo texto publicado - em 29/01/2020 e atualizado em 31/10/2022 - na página oficial do ministério.

Ainda conforme o texto publicado, o objetivo é de que seja destacado que as vagas são financiadas pelo GF, para que as instituições não cobrem indevidamente pelo serviço. A medida também perpassa pela obrigatoriedade das CTs de informar ao acolhido e a seus familiares de que o acolhimento é financiado pelo Governo. Mesmo com financiamento do Estado, as CTs também contam com doações de itens básicos, realização de outras atividades beneficentes em parcerias com igrejas, vendas de itens produzidos pelos próprios usuários, além de parcerias com empresas privadas (IPEA, 2017; SANTOS, 2018).

Na última pesquisa realizada em âmbito nacional, a estimativa é de que existissem aproximadamente 2.000 CTs funcionando em todo o território nacional, no ano de 2018 (IPEA,

³⁰ “O tratamento moral, ou a polícia interior”, no entendimento de Pinel, dá-se inicialmente com o próprio regime disciplinar do asilo, mas, também, coma instituição do trabalho, no caso, o trabalho terapêutico, este poderoso remédio contra o delírio, que resgata ideias falsas, e chama a consciência à realidade”. (AMARANTE, 1996, p. 50, grifos no original).

2018). Segundo a pesquisa, a maior parte localizada na região Sudeste (46%), seguindo pela região Sul (26%), Nordeste (17%), Centro-Oeste (9%) e Norte (6%) (IPEA, 2018).

3.2 As CTs selecionadas

No processo de análise das CTs selecionadas, procurou-se estabelecer dimensões inerentes à funcionalidade de tais instituições, a partir das informações disponibilizadas nos sites, com destaque para: natureza da instituição, visão, missão, valores, objetivos, número e perfil de usuários atendidos, equipe de profissionais, entidades mantenedoras e formas de intervenção. Todas as informações abaixo foram retiradas dos sites públicos (de livre acesso) das CTs. Foram obtidas também informações por meio do site do MDASFCF.

No quadro 4 tem-se uma apresentação das instituições analisadas e no quadro 5 suas principais características. Neste momento da pesquisa, buscou-se analisar as instituições escolhidas através do que é posto em seus sites eletrônicos. A análises foram realizadas a partir dos sites oficiais de 10 CTs filiadas à FEBRACT (2022), selecionadas duas de cada região do Brasil, conforme dados públicos encontrados no site da Federação. O conteúdo do quadro 5 traz um resumo do que é colocado nos sites.

É importante sinalizar que os sites possuem conteúdos descritivos de suas características. O resumo das características foi feito a fim de facilitar a compreensão do leitor.

Quadro 4 - CTs analisadas

Região Centro-Oeste	CT 1: Associação Grupo Terapêutico Goiás sem Drogas (GO);
	Grupo Terapêutico Goiás sem drogas. Site. Disponível em: https://www.gtgoiassem drogas.com.br/ . Acesso em: 15 dez 2022.
	CT 2: Desafio Jovem de Brasília (DF);
	Desafio Jovem Brasília. Site. Disponível em: < http://desafiojovem.bsb.br/ >. Acesso em: 15 dez 2022.
Região Sudeste	CT 3: CACTOS - Centro de Apoio e Recuperação de Dependentes de Drogas (SP) e Associação de Apoio;
	CACTOS. Centro de apoio e recuperação de dependentes de drogas. Site. Disponível em: < https://cactosapoio.wixsite.com/cactos/about_us >. Acesso em: 15 dez 2022.
	CT 4: Recuperação de Dependentes Químicos de Itaúna – Comunidade Terapêutica Magnificat (MG).
	Magnificat. Site. Disponível em: < http://www.magnificat.net.br/index.php/quem-nos-somos >. Acesso em: 15 dez 2022
Região Sul	CT 5: Programa de Auxílio Comunitário Terapêutico de Porto Alegre - Fazenda do Senhor Jesus - PACTO-POA (RS)
	PACTOPOA. Site. Disponível em < https://www.pactopoa.com.br/web/ >. Acesso em: 15 dez 2022.
	CT 6: Associação Essência de Vida – Comunidade Terapêutica Essência de Vida (SC).
	Essência da vida. Site. Disponível em: < https://www.essenciadevida.org.br/transparencia/ >. Acesso em: 15 dez 2022.
Região Norte	CT 7: Comunidade Terapêutica Nova Aliança – CERNA (RO);
	CERNA. Site. Disponível em: < https://cerna.org.br/ >. Acesso em: 15 dez 2022.
	CT 8: Espaço de Tratamento de Dependentes químicos Nova Vida – Espaço Nova Vida (PA).
	Espaço Nova Vida. Site. Disponível em: < https://www.espaconovavida.org/ >. Acesso em: 15 dez 2022
Região Nordeste	CT 9: Comunidade Terapêutica do Maranhão (MA);
	Comunidade Terapêutica do Maranhã. Site. Disponível em: < https://www.ctmaranhao.org/ >. Acesso em: 15 dez 2022
	CT 10: Associação Ágape Comunidade Terapêutica (PE).
	AGAPE. Site. Disponível em: < http://www.agapepetrolina.com.br/ >. Acesso em: 15 dez 2022.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 5- Principais características das CTs analisadas

CTs	Natureza da instituição	Visão, Missão, Valores	Objetivos	Número e perfil de usuários atendidos	Equipe de profissionais	Entidades mantenedoras	Formas de intervenção
1	Associação sem fins econômicos, caráter organizacional, filantrópico, assistencial, sem cunho político ou partidário.	Resgate da autoestima, Valores baseados no respeito, na ética, e no amor ao ser humano, resgatando o amor próprio e levando o indivíduo a um despertar espiritual; possibilitar reinserção social.	Manutenção da sobriedade; momentos de reflexão e oração; mudanças de comportamento.	28 vagas, homens e mulheres a partir dos 18 anos de idade.	Diretoria especializada e equipe multiprofissional e qualificada, formada por terapeutas, psicólogos, enfermeiros e auxiliares.	Recursos governamentais e doações.	12 passos do AA e NA; dinâmicas de grupo, resgate espiritual. Duração de 120 a 180 dias.
2	Instituição privada sem fins lucrativos, fundada em 1977 por um pastor.	Subsidiar o processo de reorganização biopsicossocial; melhorar a saúde física, mental, espiritual e emocional. Valores baseados no amor, boas ações, saúde e justiça social;	Ajudar pessoas a encontrar respostas significativas para os problemas relacionados ao uso de drogas	50 homens.	Psicólogo, conselheiro terapêutico, pedagoga, auxiliares administrativos e monitores	Recursos governamentais e doações.	Abstinência total e intervenção terapêutica em diferentes vertentes: física, psicológica, social e espiritual.
3	Entidade filantrópica, sem fins lucrativos e cristã.	Desenvolvimento nos aspectos físico, emocional, social e espiritual, mostrando a possibilidade de uma nova vida sem drogas.	O tratamento e reintegração social.	40 homens.	Equipe técnica, composta por psicólogos, assistente social e voluntários.	Doações.	Trabalho, disciplina e oração.
4	Associação sem fins lucrativos	Mudança de estilo de vida, sobriedade; solidariedade e cidadania.	Recuperação de dependentes químicos e sua reintegração à família e sociedade, através da mudança de estilo de vida e ensino da palavra de Deus.	30 a 40 homens de todas as faixas etárias.	Diretoria e conselho fiscal, diretor espiritual, enfermeiro, psicólogo, assistente social, coordenação e motorista.	Governo Federal, estadual e municipal e doações.	Trabalho, oração e disciplina.

5	Entidade sem fins lucrativos.	Dignidade humana, permanência e aceitação do programa terapêutico, de forma livre e voluntária, permanência assegurada em ambiente livre de drogas, sexo e violência, amor responsável, honestidade, solidariedade e busca do sentido da vida.	Prevenção, recuperação e ressocialização.	Adolescentes de 12 a 18 anos incompletos e homens adultos de 18 a 58 anos de idade.	Psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, nutricionista, consultores em dependência química, e monitores.	Governo Federal, estadual e municipal e doações.	Desintoxicação: adaptação e compreensão do programa; Autoconhecimento: revisão de valores e comportamentos; Reinserção Social gradativa.
6	Entidade sem fins lucrativos.	Respeito, ética e transparência.	Promover a conscientização sobre a dependência química, oportunizar o aconselhamento terapêutico aos familiares e oportunizar meios de resgatar e fortalecer os vínculos afetivos e sociais de dependentes químicos e seus familiares.	Homens de 18 a 59 anos de idade.	Diretoria executiva, conselho fiscal, equipe técnica e voluntários.	Governo Federal, parcerias com empresas privadas e doações.	Espiritualidade, conscientização e disciplina. 12 meses de duração.
7	Entidade sem fins lucrativos.	Ética e responsabilidade social, primando pela reinserção social e manutenção psicológica, social, biológica e espiritual dos indivíduos.	Favorecer sua reinserção na sociedade e redefinição do seu projeto de vida para uma efetiva mudança comportamental.	Homens e mulheres a partir dos 18 anos de idade.	Coordenador; médico clínico geral; psicólogos; enfermeiro; dentistas; assistente social; farmacêutico; pedagoga; técnicos em reabilitação de dependentes	Governo Federal.	O programa de recuperação possui uma duração prevista de nove meses e é dividido em quatro fases.

					químicos; conselheiros; monitores; voluntários de terapias ocupacionais.		
8	Instituição filantrópica, sem fins lucrativos.	Prestação de tratamento das pessoas nas diversas manifestações prevenindo e conscientizando a sociedade em geral dos danos causados.	Atuar junto a instituições e organismos correlatos na área de estudos e pesquisas de interesse público relacionados a dependência química.	Não é descrito no site.	Multidisciplinar.	Não informado.	Tratamento não medicamentoso e com programa de recuperação com prazos estabelecidos de 90 a 120 dias.
9	Instituição sem fins lucrativos.	Empatia, valorização das potencialidades, ética e transparência, busca pela excelência e conhecimento, compromisso com a garantia de direitos, valores e princípios cristãos.	Promover restauração integral ao indivíduo, apoio familiar, reinserção social e ações preventivas à comunidade.	Aproximadamente 180 pessoas.	Coordenação terapêutica; psicólogos e psicanalistas; assistente social; nutrição; conselheiros; enfermagem.	Doações e parcerias com empresas privadas.	A espiritualidade é a principal forma de tratamento.
10	Serviço de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo ou dependência de substância psicoativa.	Compaixão, ética, transparência, afetividade, credibilidade, trabalho em equipe, integridade, perseverança, comunhão, fé e esperança.	Prevenção, tratamento e reinserção social.	40 homens adultos.	Não informado.	Governo Federal e doações.	Até 9 meses, divididos em acolhimento, conscientização e reinserção social.

Fonte: Elaboração própria com base nas informações encontradas nos sites oficiais das CTs.

3.2.1 A natureza das instituições

Das dez instituições selecionadas, nove se descrevem como instituição privada sem fins lucrativos. Dessas, três reafirmam seu caráter filantrópico. No site da CT 10, a instituição é descrita como um serviço de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA.

Com relação à religiosidade, cabe destacar que a CT 2 foi fundada por um pastor. A CT 3 é descrita como uma instituição cristã. No site oficial da CT 8, afirma-se que a instituição não pretende fazer proselitismo religioso. As demais, apesar de não colocarem de forma explícita a vertente religiosa, na descrição de missão, visão, valores e formas de intervenção, trazem valores e aspectos ligados ao cristianismo, como veremos nos tópicos a seguir.

Os dados encontrados alinham-se aos resultados divulgados em pesquisa do IPEA (2017), onde foi evidenciado que aproximadamente 47% das instituições eram de cunho evangélico ou protestante, enquanto 27% se denominavam católicas e apenas 18% afirmavam não serem adeptas de nenhuma orientação religiosa. Contudo, os dados apontaram que mais de 95% das instituições praticavam terapias ou atividades espirituais (LOECK, 2018).

3.2.2 Visão, missão, valores

No que diz respeito à visão das CTs selecionadas, todas evidenciam uma ferramenta de “busca” para auxiliar os usuários a obter um novo projeto de vida. Palavras-chave como mudança do estilo de vida saudável, resgate da autoestima, reorganização biopsicossocial, recuperação, reinserção social, salvação e mudança de vida, além de harmonização espiritual são trazidas de forma geral.

Como missão, aparecem expressões como acolhimento, prevenção e recuperação da saúde física, mental, emocional e espiritual, manutenção da sobriedade, reabilitação psicossocial.

Os valores descritos são: respeito, ética, amor, despertar espiritual, saúde, justiça social, de honestidade, verdade, integridade, altruísmo, profissionalismo, trabalho em equipe, solidariedade, cidadania, permanência assegurada em ambiente livre de drogas, sexo e violência; empatia; garantia de direitos. Traz-se ainda valores e princípios cristãos, perseverança, comunhão, fé e esperança.

A direção adotada de “visão, missão, valores” por tais instituições, sugerem que há uma predominância do entendimento de que o uso prejudicial de SPA se vincula a uma ideia de defeito ou falha de caráter, sendo visto sob um julgamento moral. Ou seja, essa visão é relacionada a uma mudança de vida e a busca por uma mudança do eu, colocada aqui enquanto uma mudança de projeto de vida. Essa busca por um novo projeto de vida vincula-se exclusivamente à abstinência total das drogas (REZENDE, 2000), e na adesão de um referencial pautado em crenças religiosas.

Além disso, como instituições que acessam recursos do Governo Federal, nenhuma delas colocou na sua visão, missão, valores que prestam serviços de saúde ou de assistência social, ou seja, não evidenciam que se vinculam a serviços ou políticas públicas

3.2.3 Objetivos

No que diz respeito aos objetivos, as instituições os descrevem de formas diferentes, contudo, todas visam a manutenção da abstinência e a conscientização do usuário de que a substância psicoativa é prejudicial, um mal a ser combatido. Nesse sentido, a CT 1 descreve como um de seus objetivos, “propiciar aos usuários, a participação e atividades que possibilite a socialização e elevação da autoestima e a participação da família visando à conscientização sobre a problemática do usuário, e sua importância no processo de recuperação”. A CT 3 afirma que “o tratamento tem por meta o desenvolvimento do dependente nos aspectos físico, emocional, social e espiritual, mostrando a possibilidade de uma nova vida sem drogas”. Já a CT 6 descreve que tem como objetivo “promover a conscientização sobre a dependência química”.

Nesse mesmo sentido, a CT 7 afirma que busca “proporcionar aos acolhidos, através de uma abordagem comunitária clara, um ambiente propício ao seu amadurecimento pessoal, favorecendo sua reinserção na sociedade e redefinição do seu projeto de vida para uma efetiva mudança comportamental”.

Outro aspecto em comum identificado nos objetivos descritos pelas instituições é ligado à religiosidade. Um dos objetivos descritos pela CT 1 é “proporcionar momentos de reflexão e oração, permitindo os despertar para o conhecimento do verdadeiro sentido da vida por meio de mudanças no comportamento do indivíduo em relação à saúde”. No mesmo sentido, A CT 4 tem como objetivo “a recuperação de dependentes químicos e sua reintegração à família e

sociedade, através da mudança de estilo de vida e ensino da palavra de Deus”. Na mesma direção, a CT 2 descreve seu objetivo principal da seguinte forma:

Ajudar pessoas a encontrar respostas significativas para os problemas relacionados ao uso de drogas. Nós acreditamos que Jesus Cristo é a cura para todos os vícios. As pessoas quando entram no desafio jovem são confrontadas com a realidade de que não precisam mais viver na escravidão do pecado. Jesus quebra a força de todo tipo de vício e pecado. Ele cura permanentemente qualquer tipo de dependência ou pecado conhecidos pelo homem (CT 2).

Cabe salientar que a forma como é colocada, a busca por uma mudança de vida e de comportamentos, coloca o sujeito em um lugar de “desviante” e o uso de SPA atribuído a um “desvio de caráter”. Conforme Rezende (2000, p.53), a forma de atuação das CTs objetiva promover “uma troca de dependência e uma re-intoxicação ideológica, com a diferença de que a droga de substituição não reside somente na obediência às regras de reforço e de punição, mas na mensagem religiosa de uma liberação pela submissão ao Senhor Jesus”.

Outra característica que é evidenciada dentre os objetivos é o resgate de vínculos afetivos. A CT 3 descreve que “visa o tratamento e reintegração social, além de promover atividades preventivas junto à comunidade através de palestras para escolas e empresas, entre outras”. A CT 6 afirma que um de seus objetivos é “oportunizar meios de resgatar e fortalecer os vínculos afetivos e sociais de dependentes químicos e seus familiares”. Já a CT 10, além de citar a questão espiritual, traz também a busca de resgatar valores morais, ou seja, “preconiza os valores morais, comportamentais e espirituais, dentro de uma filosofia de tratamento que direciona o dependente químico a inserção e reinserção social, familiar, profissional e cultural, de modo integrado” (CT 10).

Apesar de mencionarem a reinserção social, as instituições não descrevem como esse trabalho é feito. Contraditoriamente, reafirmam o caráter fechado da instituição, na modalidade internação, o que vai na contramão de uma efetiva reinserção social. Além disso, ao manter as pessoas fora do território em que vivem, faz com que enfraqueça seus vínculos sociais e comunitários.

3.2.4 Número e perfil de usuários atendidos

Das dez instituições, somente as CT 1 e CT 7 possuem vagas para homens e mulheres. As demais atendem somente homens. Em média, possuem de 28 a 100 vagas. O perfil de

usuários são pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas e que desejam internação voluntária, segundo descrição dos sites. Conforme levantamento feito pelo IPEA (2017), 80% das CTs do Brasil são destinadas ao público masculino, 15% são para ambos os sexos e apenas 5% possuem o público feminino como alvo.

Oito instituições afirmam atender a partir de 18 anos. Contudo, a CT 4 descreve que acolhe homens de todas as faixas etárias. Já a CT 5 afirma aceitar usuários a partir de 12 anos de idade.

Cabe sinalizar aqui que a institucionalização de crianças e adolescentes representa uma problemática. Sabe-se que esses estabelecimentos apesar de prometerem cuidado em saúde, promovem a exclusão e afastam os sujeitos do convívio familiar e comunitário. Autores afirmam que a internação de crianças e adolescentes revelam a omissão do poder público no cuidado em saúde mental infanto-juvenil (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

3.2.5 Equipe de profissionais

De forma geral, as instituições afirmam em seus sites contarem com o apoio de equipe multidisciplinar (terapeutas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, monitores). Todas contam também com trabalho voluntário, inclusive de ex internos da própria CT.

A CT 4 afirma contar com um “diretor espiritual”, contudo, no site não é possível obter maiores informações sobre qual a função deste profissional. As CT 5 e a CT 8 afirmam contar com médicos na equipe multidisciplinar. A CT 8 afirma possuir técnicos em reabilitação de dependentes químicos, também não especificando qual a função ou formação exigida para este cargo. As CTs 7 e 10 não especificam em seus sites qual a composição da equipe.

Segundo levantamento realizado pelo IPEA (2017), grande parte das CTs combinam atividades religiosas com atendimentos profissionais. Segundo o estudo, a maior parte desses profissionais são psicólogos, assistentes sociais e médicos. A maior parte desses profissionais atuam como voluntários.

É importante sinalizar que o conceito de equipe multidisciplinar em saúde mental representa um dos eixos centrais para o cuidado integral e equânime no SUS, em outras palavras, uma abordagem com olhares distintos de especialidades diversas contribuem para uma assistência integral do sujeito (PITTA, 2011).

Contudo, evidencia-se que apesar da maioria das CTs descreverem a composição de sua equipe como multidisciplinar, cada uma tem a liberdade de definir quais profissionais formarão

esta equipe, nem sempre contando com profissionais de saúde. Isso se dá, justamente, pela falta de regulamentação técnico-científica para o funcionamento destas instituições, o que abre precedentes para uma abordagem ineficiente.

3.2.6 Entidades mantenedoras e formas de financiamento

Das dez CTs analisadas, sete possuem contrato e estão cadastradas no MDASFCF, além de serem filiadas à FEBRACT.

É possível identificar nas descrições que somente as CTs 3, 7 e 9 negam possuir parceria com o Governo Federal, afirmando contar exclusivamente com doações. As demais afirmam contar com recursos governamentais (Federal, Estadual e/ou Municipal), além de doações, promoção de eventos, convênios e parcerias com empresas privadas.

O investimento do GF nessas instituições, segundo estudo publicado em 2022, realizado pela Conectas Direitos Humanos e o pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), entre os anos de 2017 e 2020, era de aproximadamente R\$ 300 milhões. Somando aos valores investidos pelos governos estaduais e municipais, esse valor chegou em torno de R\$ 560 milhões.

De acordo com o mesmo levantamento, foi identificado que a despesa com “Redes de cuidado e reinserção social” neste período foi responsável por 89% dos recursos da SENAPRED. O estudo identificou que as redes de cuidado e reinserção social, são, na prática, as CTs (CONNECTAS; CEBRAP, 2022).

Sob esta análise, as CTs são consideradas política pública, contudo, possuem um planejamento, controle e avaliação incipientes. Isso porque de fato, não há evidências científicas quanto à sua efetividade enquanto serviço que busca o atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de SPA (CONNECTAS; CEBRAP, 2022). Isso coloca em questionamento a legalidade de uma política pública, financiada pelo Estado, mas que não possui cunho científico e é regida por critérios religiosos.

3.2.7 Formas de intervenção

Os métodos de intervenção possuem os seguintes pontos em comum em todas as instituições selecionadas: a abstinência total e a tríade disciplina-trabalho-espiritualidade.

Utiliza-se para isso, métodos como os 12 passos do NA e do AA. Os períodos de internação variam de 4 a 12 meses.

Destaco que a tríade e os métodos anteriormente mencionados serão explorados no próximo capítulo.

CAPÍTULO 4

Disciplina-Trabalho-Espiritualidade

Este capítulo trata das formas de intervenção utilizadas pelas CTs. Discorre-se sobre as características da tríade disciplina-trabalho-espiritualidade que constitui o modelo interventivo das CTs. Aqui, busca-se o aprofundamento das dimensões de análise a partir das formas de intervenção utilizadas pelas CTs e a relação com a mercantilização, a privatização e a refilantropização das políticas sociais. A partir das afirmativas encontradas e pontos comuns das CTs selecionadas, foram separadas as dimensões.

4.1 Disciplina: *a mortificação do eu*

Existe, a partir do movimento de RPB a concepção do indivíduo enquanto sujeito de direitos. Ou seja, essa concepção é ancorada na Lei nº 10.216/2001, quando traz em seu texto que

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Ao estabelecer manutenção do sujeito em seu contexto social e a convivência familiar e comunitária, a Lei 10.216 de 2001 indica que o tratamento intramuros deve ser possibilidade utilizada somente quando os recursos no território forem esgotados.

Contraditoriamente, vimos que as CTs tem sido incentivadas pelo poder público para o atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA. As CTs trabalham com a ideia que para livrar-se das drogas, é necessário retirar o sujeito de seu contexto social, para que a partir daí consiga transformar seus comportamentos e, depois disso, seja reinserido

socialmente. Os períodos de internação³¹ variam de quatro a doze meses. Elas oferecem atendimento em caráter fechado e como principal vertente de intervenção, a abstinência total. As metodologias são baseadas nos “12 passos”, na disciplina, na laborterapia e na espiritualidade. Os 12 passos são descritos pelo site oficial da Junta de serviços gerais de alcoólicos anônimos do Brasil (JUNAAB) como:

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 como O concebíamos; 4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos; 5. Admitimos perante Deus, perante nós 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 a quem 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-las significasse prejudicá-las ou a outrem; 10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitimos 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 estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (JUNAAB, 1995).

Três aspectos foram identificados nas formas de intervenção indicadas pelos sites das CTs analisadas: o isolamento social, a hierarquia e o controle e a necessidade de ajustamento comportamental dos sujeitos, ou seja, a transformação moral.

Adaptar-se ao ambiente asilar, que em nada se assemelha com a vivência social no território, não pode ser entendido como uma adaptação verossímil a uma vida sem drogas, como é afirmado. Evidencia-se nas instituições aspectos do tratamento moral, ao verificar afirmativas como, “preconiza os valores morais, comportamentais e espirituais, dentro de uma filosofia de tratamento que direciona o dependente químico a inserção e reinserção social, familiar, profissional e cultural, de modo integrado (CT 10)”.

Aqui cabe sinalizar que a utilização do termo “reinserção social”, no que se refere a pessoas que fazem uso prejudicial de SPA, é baseado nos princípios preconizados a partir da RP, estando relacionado à defesa do tratamento em território, a partir dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (VECCHIA; MARTINS, 2009). A reinserção social é importante, nesse

³¹ Apesar de não se configurarem enquanto serviços de saúde, muitas instituições definem o trabalho ofertado como internação. Outras utilizam o termo acolhimento.

contexto, para pensar as novas práticas e o cuidado extramuros do hospital, mantendo o sujeito em seu convívio familiar e comunitário. Nesse sentido, observa-se uma incongruência entre a prática e os objetivos descritos por estas instituições.

A forma como as CTs funcionam fere os Direitos Humanos e representa a derresponsabilização do Estado na implementação da PSM. Além disso, a RPB orienta que o tratamento deve contar com equipe multiprofissional, vedando todo e qualquer tipo de assistência asilar, excludente e violadora.

Nessa perspectiva, o caráter asilar das CTs é explicitamente descrito em seus sites oficiais. A CT 7, por exemplo, afirma que a primeira saída do usuário é somente após o sexto mês de internação. Afirma-se ainda, que esta é a forma da CT de testar o comportamento do indivíduo fora do asilo. Contraditoriamente, a Lei 10.216 preconiza que,

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Questiona-se, nessa ótica: as CTs são consideradas instituições totais?³² Goffman (2008, p. 16) explica o que são as instituições totais da seguinte maneira:

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de *instituições totais* (grifos no original).

Nesse sentido, existe o disciplinamento de comportamentos e da padronização dos indivíduos, semelhantes às instituições totais (GOFFMAN, 2008)³³. A CT 5 afirma que

³² Para saber mais sobre as características das instituições totais, ver *Manicômios, prisões e conventos* de Goffman (2008).

³³ Goffman (2008, p. 16-17) enumera cinco grupos de instituições totais: “Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis,

funciona em “um programa de três etapas: desintoxicação, adaptação e compreensão do programa; autoconhecimento, revisão de valores e comportamentos; reinserção social gradativa (CT 5)”. A disciplina e a padronização dos comportamentos são descritas pela CT 2,

Período de doze meses, dividido em quatro fases: 1. Abandono da antiga maneira de viver: é o momento que o usuário é levado a aceitar o desafio da transformação, mudança: no mínimo 2 meses; 2. Uma nova maneira de viver: 3 meses e meio o acolhido passa por desafios e treinamentos onde aprende uma nova maneira de viver sem subterfúgios e passa a aplicar os conceitos em suas práticas diárias; 3. Vivendo de uma nova forma: orientado a viver o que tem aprendido; 4. Permanecendo na nova vida: avaliar o desempenho do acolhido pra ver se alcançou estabilidade emocional, social, espiritual e se está apto para retornar ao convívio da sociedade.

Para Goffman (2008), as instituições totais promovem um tensionamento entre aquilo que é introjetado no indivíduo dentro da instituição e aquilo que o sujeito aprende em sua socialização ao longo de sua história. Ou seja, o indivíduo chega à instituição com uma concepção de si mesmo e ao longo do tempo, ele é doutrinado a despir-se disso e readequar o seu eu àquilo que é considerado certo pela instituição. Goffman nomeia esse processo de bloqueio da individualização do sujeito, na tentativa de padronizar comportamentos, como *mortificações do eu*, ou seja,

o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua *carreira moral*, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. Os processos pelos quais o eu da pessoa é mortificado são relativamente padronizados nas instituições totais; a análise desse processo pode nos auxiliar a ver as disposições que os estabelecimentos comuns devem garantir, a fim de que seus membros possam preservar seu eu civil (GOFFMAN, 2008, p. 24, grifos no original).

Goffman (2008) afirma que nas instituições totais não existe diferenciação entre as esferas pública e privada, ou seja, todas as relações e interações humanas se dão no mesmo local, local este, vigiado e controlado. O autor explica que,

uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes, sob diferentes

navios, escalas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões (do ponto de vista dos que vivem nas moradias de empregados). Finalmente, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos; entre exemplos de tais instituições, é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros.”

autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, a seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (GOFFMAN, 2008, p. 17-18).

Ou seja, o indivíduo passa por uma série de modificações do seu eu. Ele passa a realizar todas as suas atividades diárias dentro da instituição, que passa a ser a sua única referência. As atividades não são definidas por ele ou de acordo com as suas necessidades, pois a todos são impostas regras e atividades pré-estabelecidas.

O relatório de inspeção do CFP (2018), identifica violações de direitos e características e traços totalizantes. A CT 5 afirma que,

auxiliamos o acolhido a desenvolver um novo projeto de vida identificando e reformulando seus comportamentos de risco, para que consiga viver livre, sem precisar do uso de substâncias. Se o dependente químico não mudar os seus comportamentos, hábitos, atitudes e relações, inevitavelmente ele voltará ao uso da droga. Portanto, mais do que salvar a vida, é preciso mudá-la (CT 5).

A definição do vestuário, cortes de cabelo padronizado, retirada de documentos e objetos pessoais, a impossibilidade de escolher o que vestir ou comer, a obrigatoriedade de participar de determinadas atividades – inclusive religiosas –, e até mesmo a repressão de certos comportamentos, coadunam para essa mortificação. Nesse sentido,

no cotidiano das instituições totais, a totalidade da vida dos seus membros é administrada por agentes que não fazem parte dessa comunidade fechada, e sobre ela exerce autoridade. Assim, no tipo mais “puro” de instituição total, os manicômios, a vida dos internos é submetida à vigilância e ao controle quase completo por uma equipe dirigente, ou um corpo burocrático. (NATALINO, 2018, p. 40, grifos no original).

O regime disciplinar nas CTs, além da padronização de sujeitos, consiste em atividades obrigatórias e proibidas, e punições (NATALINO, 2018). As atividades obrigatórias consistem em participação em práticas terapêuticas e religiosas e a obrigação de realizar trabalhos de manutenção do local (laborterapia). Além da proibição do uso de drogas, a abstinência compulsória, os internos também são proibidos, ainda que de forma indireta, de manter a sua

individualidade (NATALINO, 2018). Sob esse aspecto, a intervenção descrita pela CT 8 caracteriza-se, da seguinte maneira,

A responsabilidade é progressiva, acompanha o processo terapêutico e interpenetra-se com um sentimento real de pertence em relação à comunidade. Todos os residentes fazem a experiência rotativa nos diversos espaços e nas diversas tarefas para manutenção do espaço físico da comunidade. Assim como o de serem reeducados em caso de dificuldade em aceitar as normas de moradia. Isto se traduz na experimentação efetiva dos papéis e para cuja aceitação se torna necessário um treino de flexibilidade. A responsabilidade existe também ao nível dos espaços terapêuticos, onde o residente se confronta e é confrontado com as suas dificuldades individuais e de relação (CT 8).

Os membros das instituições totais têm suas vidas administradas pelos agentes que exercem controle e autoridade nas instituições. O controle exercido é favorecido pela dificuldade dos membros em acessar o mundo exterior. Ou seja, Goffman (2008, p. 74) ressalta que “nas instituições totais a indistinção identitária e os limites à comunicação com o mundo exterior – com o decorrente enfraquecimento ou mesmo rompimento de laços sociais externos – coadunam-se com a capacidade de administração da vida dos acolhidos.

Um aspecto importante disso que se chama disciplina é que todas as características dessas instituições tornam essa disciplina quase que um sinônimo de isolamento. Ou seja, é possível perceber que todas se localizam em zonas rurais (IPEA, 2017). Sabe-se que, muitas vezes, não é possível chegar ou sair dessas áreas por meio de transportes públicos.

Outro ponto importante é que a inserção da família no cuidado em saúde mental é preconizada pela RPB. Medeiros et al. (2013) salienta que a droga é muitas vezes entendida pelos familiares enquanto o principal gerador de conflito e de rompimento e fragilização de vínculos familiares, ou seja, a família é afetada de forma direta por essa problemática. A inserção da família no momento de cuidado é essencial para a busca de fortalecimento dos vínculos sociais.

Além disso, Rosa (2005) traz que muitas vezes a família busca suas estratégias internas para lidar com as problemáticas, antes de recorrer às políticas públicas. Por isso, muitas vezes quando chegam em um serviço, os familiares apresentam sentimentos de impotência e culpa (ROSA, 2005).

Não obstante, nas CTs, existem restrições às visitas. Na CT 4, as visitas ocorrem apenas no segundo domingo de cada mês e, “cada residente tem direito a receber um telefonema de 5 minutos por semana”. Nas demais instituições, não se menciona a possibilidade ou a proibição de visitas.

De forma geral, os métodos encontrados buscam a transformação dos comportamentos dos sujeitos. Essas mudanças buscam uma transformação para além da relação do indivíduo com a droga. De acordo com Souza, Nunes e Santos (2018), a gestão disciplinar do tempo nessas instituições configura-se de três maneiras: a primeira é pela sistematização do atendimento em fases, nas quais os sujeitos devem cumprir as metas e as regras estabelecidas previamente, aderindo valores que estão relacionados à abstinência e à tríade disciplina-trabalho-espiritualidade; a segunda é a fixação de uma rotina preestabelecida por um cronograma de atividades rigorosamente definidas pela equipe dirigente; e a terceira ponto destacado é o processo de “*ressignificação do passado*, processo que consiste em levar os residentes a reinterpretar suas atitudes da época da ativa à luz da moralidade promovida pela CT” (SOUZA; NUNES; SANTOS, 2018, p. 62). Este último processo se dá, geralmente, por meio de atividades em grupos:

Terceira fase: Eu e meu futuro I – Minha nova história já começou. Após intenso investimento em palestras, dinâmicas e atividades de fixação nas primeira e segunda fases, este último momento será tempo de colocar em prática, ainda de forma mais intensiva, o que o residente veio aprendendo até aqui. É agora, também, que o assistido deverá planejar seu retorno ao convívio social, tendo especial atenção aos fatores de risco a que estará exposto. O mesmo será orientado quanto a medidas de proteção, sendo “equipado” para uma vida social saudável e produtiva (CT 7).

O trabalho de prevenção de recaída é feito com técnicas cognitivas-comportamentais e treinamento de habilidades sociais. O trabalho de ressocialização é feito através de terapias individuais, aprofundando todas as técnicas descritas acima e planejando os objetivos a curto, médio e longo prazo (CT 3).

Os períodos são definidos antes mesmo do sujeito entrar na unidade, desrespeita a individualidade e autonomia do sujeito. O processo interventivo segue rígidas regras, sendo definido comum a todos os sujeitos que integram a comunidade:

o programa de recuperação possui uma duração prevista de nove meses e é dividido em quatro fases. Da primeira à terceira fase existe uma previsão de dois meses cada, e a quarta prevê-se que tenha a duração de três meses. O tempo de permanência do acolhido em cada fase está sujeito ao cumprimento das metas propostas para aquela etapa. Desta forma, conforme atinge as metas o acolhido vai progredindo nas fases do programa terapêutico. Quando há essa passagem de fase, o acolhido é congratulado diante de todos os demais e recebe um cartão de parabenização com uma mensagem motivacional. Cada fase possui ênfase em uma fase da vida do acolhido (CT 7).

Sinaliza-se que apesar de determinados sites descreverem seus modos interventivos enquanto formas de tratamento ou acolhimento, elas não apresentam com clareza composição

de equipe e outras formas de atuação de serviços de saúde, de forma que os processos interventivos não se baseiam em formas de tratamento alinhadas aos serviços do SUS, mas também não se apresentam como serviços do SUAS alinhados à proposta de acolhimento (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2004; COSTA, 2021). A CT 7 descreve o modo de intervenção em fases, definidas da seguinte forma:

Primeira fase: Eu e meu passado – Reorganizando minhas bagagens. Mais relevante para o tratamento que o uso de drogas em si, são os motivos que levaram o dependente a procura da substância. Geralmente, a base do iceberg é a disfunção familiar, traumas, medos não enfrentados, frustrações, dificuldades de aceitação, necessidade de pertencer, entre outros. A primeira fase busca levar o dependente a uma corajosa reflexão em seu passado, observando questões mal resolvidas, conflitos existenciais, sempre focando a importância de valores como o perdão, a aceitação e a resiliência (CT 7).

Segunda fase: Eu e meu presente – Quem realmente sou. Nesta fase do tratamento, é o momento do dependente olhar para si mesmo, examinar-se, questionar-se, avaliar-se: “Quem sou eu?”, “Qual é o meu objetivo neste lugar?”, “O que existe em mim que precisarei mudar para ter uma vida diferente?”. O residente é encorajado a buscar a transformação de seu caráter, abrindo mão do autoengano, da manipulação, da fuga, da “barganha” e buscar um novo modelo de vida pautado na dignidade, na honestidade e na realização dos seus mais nobres sonhos. Neste momento, também, incentiva-se a busca pelo significado da vida. Em geral, o dependente químico perde suas perspectivas, sonhos e objetivos. Sua autoestima prejudicada pela marginalização não o permite ver-se como uma pessoa de grande valor. Portanto, o residente é levado a conhecer seu inestimável valor, primeiramente para seu criador e depois para o contexto em que está inserido. Nenhum homem é uma ilha e todos temos condições de sermos portadores da bondade, da paz e do amor (CT 7).

Algumas instituições não apresentam projeto terapêutico, como no caso da CT 10, que se limita em descrever o tempo máximo de permanência na instituição (9 meses). Nem sempre contam com uma equipe de profissionais de saúde. Como no caso da CT 5, que afirma que “dá condições para que médicos e psicólogos - externos ao serviço - possam dar assistência a seus pacientes, durante seus tratamentos (CT 5)”. Já outra instituição afirma que o programa de intervenção desenvolvido, não é medicamentoso (CT 8).

Entende-se que todos os indivíduos passam linearmente pelas fases para que posteriormente possam retornar ao convívio social:

com a conclusão efetiva das três fases, o residente estará munido para uma nova vida de superação e sucesso, todavia, ele constantemente será instruído de que essa nova história dependerá exclusivamente de suas atitudes e da aplicação dos conhecimentos adquiridos durante todo seu processo terapêutico (CT 7).

Entre os muros das Comunidades, os acolhidos são agrupados e padronizados. É como se todos tivessem a mesma história e as mesmas necessidades, já que a todos é reservada a

mesma rotina diárias. A CT 9 descreve seu método como “a busca da equipe em aprimorar o atendimento e a conduta dos acolhidos, bem com a eficácia na saúde mental dos mesmos (CT 9)”.

Nessa visão, o objetivo principal da metodologia é a transformação dos sujeitos, necessário pois, por essa perspectiva, o uso um dos muitos sintomas que o permeiam. Nessa visão, o uso de drogas é apenas mais uma das características dos desvios comportamentais, como a falta de higiene, a manipulação, dentre outras características (NATALINO, 2018). Essa visão é destacada no seguinte trecho da CT 8,

a síndrome de dependência traduz-se pela perda dos mais elementares hábitos de higiene e de trabalho. Na comunidade terapêutica o jovem percorre um intensivo programa diário que lhe devolverá o sentido de estruturação suas potencialidades, partindo à descoberta de um novo tipo de relação com as tarefas, encaradas agora não como contrariedade, mas como o prazer de funcionar e de fazer para si e para os outros. A relação com o corpo, agora cuidado, antes desleixado e maltratado, evolui no sentido de uma valorização positiva de energia redescoberta e maior cuidado com a aparência. A hierarquia existente, com clara definição de papéis e responsabilidades, permite-nos ensaiar um modelo de vida na comunidade terapêutica, alternativo ao da vida social do portador da síndrome de dependência (CT 8).

A narrativa do uso da droga é permeada por questões morais e individualizantes. A CT 3 descreve que seu programa é feito “sob uma rigorosa disciplina (CT 3)”. Segundo aspectos trazidos por uma das instituições, descreve sua intervenção como,

o Programa de Acolhimento durante o período de residência, consiste na retomada de hábitos comportamentais saudáveis, recuperação de habilidades pessoais, emocionais e sociais prejudicadas ao longo do período da drogadição, através de atividades estruturadas e bem definidas (CT 6).

O discurso é centralizado na droga, sem questionar todo o contexto social e outros determinantes que corroboram pra essa problemática. Becker (2008, p. 162) destaca que,

organizações de imposição, em particular quando estão em busca de recursos, oscilam em geral entre dois tipos de afirmação. Primeiro, dizem que, em decorrência de seus esforços, o problema a que se dedicam se aproxima de uma solução. Mas, ao mesmo tempo, dizem que o problema está talvez mais grave que nunca (embora não por culpa delas próprias) e requer um esforço renovado e intensificado para mantê-lo sob controle. Encarregados da imposição podem ser mais veementes que qualquer pessoa em sua insistência de que o problema com que devem lidar continua presente, de fato mais que nunca. Ao fazer essas afirmações, esses encarregados da imposição fornecem boa razão para que a posição que ocupam continue a existir.

Elimina-se as possíveis causas da problemática e atribui toda a responsabilidade ao sujeito. Impõe-se que a partir do momento em que esse sujeito seja lapidado e ensinado, ele

conseguirá mudar a sua trajetória, eliminando as causas externas e os determinantes sociais que se ligam diretamente à essa problemática, como o desemprego, a violência, a fome, a pobreza.

Na quarta fase descrita pela CT 7, considerada a fase de ressocialização, identifica-se três pontos distintos: primeiramente, o acolhido deve inserir-se em um grupo próprio desta fase, de prevenção de recaídas, logo em seguida, ele poderá realizar “saídas terapêuticas” e acessar suas redes sociais, e por último, o acolhido deverá liderar alguma atividade dentro da instituição:

Quarta fase: Eu e meu futuro II – Minha nova história já começou. Neste momento do programa terapêutico o acolhido será envolvido no grupo de prevenção à recaída e estará voltado para a reinserção social com auto eficácia. As saídas terapêuticas serão mais frequentes, o acolhido terá acesso a suas redes sociais dentro da CT, e será considerado como modelo para outros acolhidos, representando a função de Tutor quando for solicitado. O acolhido receberá incumbências da Comunidade, liderando algum tipo de atividade (CT 7).

Os acolhidos desta fase serão, ainda, constantemente encorajados a ministrar palestras, organizar eventos, exercer participação na Rádio Interna, compartilhando o aprendizado que obteve ao longo do processo terapêutico. O que diferencia a terceira da quarta fase é que a quarta envolve os aspectos práticos de forma mais intensiva, como grupo de prevenção à recaída, passeios recreativos, visitas aos familiares, e outras atividades externas. Ambas estão atreladas à reinserção social do acolhido. Cada fase reúne-se semanalmente para uma reunião onde se debate as lições de cada etapa (CT 7).

Não obstante, o controle exercido sobre o acolhido é também exercido por meio do controle do tempo. Tanto o tempo de permanência na instituição quanto o controle do tempo dos sujeitos (SOUZA; NUNES; SANTOS, 2018). A CT 8 evidencia essa gestão do tempo de exercício das tarefas cotidianas, ao afirmar que “o programa de recuperação tem objetivos claramente determinados, com prazos estabelecidos, sem que se perca a flexibilidade (CT 8)”. Afirma-se também que,

o período para se conseguir a conscientização do problema é de 90 a 120 dias. Programa de Conscientização em Regime Residencial: É um programa composto por vários subprogramas, trabalhados de forma coordenada. Programa Didático + Terapêutico: Programa de atividades de palestras; Programa de atividades de grupos; programa de atividades individual; programa de atividades de treinamentos; programa de atividades físicas e trabalhos espirituais (CT 8).

Por outro lado, algumas instituições afirmam que esse controle não pode ser tão rígido, definindo que

Princípios Básicos do Tratamento: Flexibilidade e Combinação de Terapias: A experiência tem-nos demonstrado que as terapias para recuperação da síndrome de dependência química, são em geral longas, sujeitas a recaídas várias, por um lado, e

pelo outro não existe uma resposta única, taxativa e de resultados lineares. Daí a necessidade de podermos dispor de várias abordagens terapêuticas, ao mesmo tempo, ou em diferentes momentos (CT 8).

As instituições não possuem de forma evidente propostas que auxiliem a construção de um projeto para a desinstitucionalização dos sujeitos. A maior parte delas não contam com um acompanhamento ou alguma estratégia após a saída do usuário da instituição. A CT 1 menciona um certo acompanhamento,

Depois é acompanhado pela equipe por mais 6 meses através de contatos telefônicos, e-mails, redes sociais e retorno do acolhido a instituição com datas agendadas ou quando o mesmo sentir necessidades para orientações e partilhas. As famílias do acolhido participam das reuniões quinzenais e caso necessário faz-se intervenções breves (CT 1).

Não são mencionadas quais as técnicas e quais os profissionais seriam responsáveis por esse acompanhamento. “A tendência que se vê, é de manutenção da institucionalização, de forma que o planejamento para a saída dos espaços recebe pouca atenção, inclusive pela falta de profissionais qualificados para tanto, indicando mais uma vez a característica asilar” (CFP, 2018, p. 90).

A disciplina, nesse contexto, também se relaciona com o segundo aspecto da tríade, o **trabalho**. A laborterapia, nome dado às, basicamente, práticas de manutenção dos espaços das CTs, apesar de ter em seu nome “terapia”, não possui fim terapêutico (CFP, 2018). Apesar disso, a laborterapia, controversamente, é utilizada pela maior parte das CTs como a principal ferramenta de “cuidado”.

4.2 A laborterapia e a exploração do trabalho

É necessário realizar um apanhado histórico sobre a relação do homem com o trabalho em diferentes visões, para adentrar ao trabalho realizado dentro das CTs. A relação entre o ser humano e o trabalho é datada desde os primórdios da sociedade. O trabalho acompanha o desenvolvimento da história e da evolução da humanidade. Ele nasce como recurso para saciar as necessidades humanas como instrumento de sobrevivência. Marx afirma que

antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos –, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes

forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 2004, p. 211).

É a partir dessa relação de troca com a natureza que o ser humano passa a perceber as suas potencialidades. Assim, as necessidades inicialmente ligadas à sobrevivência, passam a ser também necessidades culturais e sociais. O trabalho é intrínseco à história da sociedade e à sociedade capitalista.

Marx traz o conceito de trabalho alienado³⁴, intrínseco ao modo de produção capitalista. O trabalho nesse modo de produção é tido como um recurso de opressão. Dessa forma, essa transformação do trabalho que existe desde os primórdios para o suprimento de necessidades humanas, passa a ser um instrumento de desumanização. O trabalhador é resumido a uma mercadoria,

semelhante fato implica apenas que o objeto produzido pelo trabalho, o seu produto, se lhe opõe como *ser estranho*, como um *poder independente* do produtor. O produto do trabalho é o trabalho que se fixou num objeto, que se transformou em coisa física, é a *objetivação* do trabalho. A realização do trabalho constitui simultaneamente a sua objetivação. A realização do trabalho aparece na esfera da economia política como *desrealização* do trabalhador, a objetivação como *perda* e *servidão do objeto*, a apropriação como *alienação*. (MARX, 1964, p. 159, grifos no original).

Como consequência

da alienação do homem a respeito do produto do seu trabalho, da sua vida genérica, é a *alienação do homem* relativamente ao *homem*. Quando o homem se contrapõe a si mesmo, entra igualmente em oposição com os outros homens. O que se verifica com a relação do homem ao seu trabalho, ao produto do seu trabalho e a si mesmo, verifica-se também com a relação do homem aos outros homens, bem como ao trabalho e ao objeto do trabalho dos outros homens. De modo geral, a afirmação de que o homem se encontra alienado da sua vida genérica significa que um homem está alienado dos outros, e que cada um dos outros se encontra igualmente alienado da vida humana (MARX, 1964, p. 166, grifos no original).

A partir do século XVIII, surge a ideia de que o trabalho pode ser utilizado de forma terapêutica com base na concepção de que o trabalho pode assegurar e preservar a saúde (CFP, 2018). O uso terapêutico do trabalho se deu enquanto campo teórico a partir do século por meio de Pinel, que propôs o tratamento moral³⁵. Ele garantia que a internação e o isolamento eram

³⁴ Para um aprofundamento do conceito de trabalho alienado, ver: MARX, K. Manuscritos Econômico-Filosóficos. Lisboa: Edições 70, 1964.

³⁵ O tratamento moral foi detalhado no Capítulo 2 deste estudo.

as respostas mais adequadas à loucura. Dessa forma, ele propunha que o trabalho braçal e sistemático era capaz de curar o doente (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017). A partir da RP, essa forma de ocupação do tempo, é questionada por diversos segmentos e profissionais da saúde.

Sinaliza-se que um dos aspectos que constituem a tríade do modelo interventivo ofertado pelas CTs é justamente o trabalho. Por meio da nomenclatura de laborterapia, mencionada pelas CTs analisadas como a principal ferramenta utilizada para a desintoxicação do indivíduo, o trabalho como método interventivo remete ao tratamento moral proposto por Pinel, que acreditava que o trabalho possibilitava a manutenção da saúde e também a sua recuperação (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

Nesse contexto, a laborterapia é mencionada como método terapêutico. Na lógica defendida pelas CTs, na contemporaneidade,

o trabalho retoma o sentido que tinha no projeto alienista, de instrumento disciplinador, não raro ganhando sentido punitivo – que fica evidente quando as sanções à fuga das regras locais se referem ao aumento da carga de trabalho. Longe de permitir expressão individual ou facilitar projetos singulares de reinserção, o uso dessa atividade, da maneira como é feita pelas CTs visitadas, no mais das vezes simplesmente corresponde a serviços de limpeza, manutenção e – como poderá ser observado – de construção predial sem remuneração, além da obrigação imposta a internos de trabalho como segurança das instituições. Trabalhar não tem nem um sentido ético de cuidado de si ou de cuidado com o comum, nem expressão de potenciais criativos, tampouco do oferecimento de capacidades e ferramentas que contribuam para o retorno e inserção das pessoas privadas de liberdade ao convívio social com trabalho e renda. (CFP, 2018, p. 15).

A laborterapia é composta por atividades de manutenção do espaço. A CT 3 a descreve como “trabalhos executados em grupos, divididos por setores: animais, horta, jardinagem, limpeza, cozinha, ferramentaria (almoxarifado geral), serviços gerais e manutenção”. A CT 8 afirma que “todos os residentes fazem a experiência rotativa nos diversos espaços e nas diversas tarefas para manutenção do espaço físico da comunidade”.

O relatório do CFP (2018) considera que esse trabalho realizado não pode proporcionar um cuidado ético, já que remete às práticas comumente encontradas em instituições asilares, principalmente em prisões e manicômios, onde os sujeitos trabalham sem remuneração, sem direitos trabalhistas e por vezes em condições precárias,

uma outra área abrangida pelas perspectivas institucionais é o trabalho. Como o trabalho externo é comumente realizado para a obtenção de pagamento, lucro ou prestígio, o afastamento de tais motivos significa um afastamento de algumas interpretações da ação, e exige novas interpretações. Nos hospitais para doentes mentais, existe o que é oficialmente conhecido como "terapia industrial" ou

"laborterapia"; os pacientes recebem tarefas, geralmente inferiores - por exemplo, varrer as folhas, servir a mesa, trabalhar na lavanderia e limpar os pisos. Embora a natureza de tais tarefas decorra das necessidades de trabalho do estabelecimento, a afirmação apresentada ao paciente é que essas tarefas o ajudarão a reaprender a viver em sociedade e que sua voluntariedade e capacidade para enfrentá-las serão consideradas como prova diagnóstica de melhora (GOFFMAN, 2008, p. 82).

O trabalho também é utilizado para modificar práticas, corrigir possíveis erros, modificar hábitos e também, segundo relatório do CFP (2018), para punir e disciplinar possíveis transgressões, ou seja,

a laborterapia não é mais do que um eufemismo para o trabalho de manutenção dos locais de internação, sem horizonte de desenvolvimento de potencialidades ou de formação profissional. Da maneira como é utilizada, a laborterapia encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes, na medida em que não oferece remuneração adequada e outras garantias trabalhistas. Ao mesmo tempo, exime aqueles que ofertam os serviços de internação de arcar com os custos de manutenção dos locais, potencializando a possibilidade de maximização do lucro” (CFP, 2018, p. 83).

Em outras palavras, o trabalho não é usado apenas como forma de manutenção e a limpeza da instituição, mas também mascara a violação, o trabalho forçado, sendo possível afirmar, análogo à escravidão, já que não são assegurados remuneração ou direitos trabalhistas aos sujeitos, ferindo os Direitos Humanos. Conforme relatório de inspeção do CFP (2018, p. 87),

Essas relações, que não podem ser caracterizadas como práticas de tratamento em saúde, sendo mais bem entendidas como de trabalho, indicam ilegalidades sanitárias, além de possíveis violações de direitos trabalhistas. Nesse sentido, há que se indagar a legalidade inclusive em aspectos de jornada de trabalho, remuneração, adoção de medidas de redução de riscos inerentes às atividades (como equipamentos de proteção individual e coletivo), tais como garantem a Constituição Federal em seu artigo 7º, sobre direitos dos trabalhadores, e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), nos artigos 3º, 58, 116, entre outros. Por fim, há que se considerar até mesmo a possibilidade de existência de elementos indicativos de trabalhos forçados, jornada exaustiva, sujeição a condições degradantes, aspectos que constam da definição de trabalho análogo à escravidão no Código Penal, em seu artigo 149.

A CT 3 define o trabalho realizado pelos indivíduos acolhidos na instituição da seguinte forma,

A laborterapia tem como fundamentos a eliminação das drogas existentes no organismo, bem como, iniciar um processo de reeducação biológica, haja vista que normalmente os dependentes químicos acabam criando hábitos que causa tanto uma disfunção psicológica quanto biológica. Trabalhar seus sentimentos (mágoa, orgulho, afetividade, frustração, perda, raiva, amor, etc.), descobrir e desenvolver habilidades, elevar sua autoestima, produzir, tendo a possibilidade de ver o fruto da produção, aceitar limites e regras, ter disciplina, perceber suas responsabilidades, assimilar a ajuda mútua, organização, reabilitação física, entre outros. (CT 3).

Grande parte das instituições utilizam-se do termo *laborterapia* para mascarar práticas punitivas e de trabalhos compulsórios. Pitta (2011, p. 4.589) afirma que “a solução dada por comunidades terapêuticas, via de regra, apenas oferta a reclusão e distanciamento do problema, na ausência de uma ação mais efetiva e eficaz do Estado”. Goffman (2008, p. 51) sinaliza que,

o terceiro elemento no sistema de privilégio está ligado aos castigos; estes são definidos como consequência de desobediência as regras. Um conjunto de tais castigos é formado pela recusa temporária ou permanente de privilégios ou pela eliminação do direito de tentar consegui-los. De modo geral, os castigos enfrentados nas instituições totais são mais severos do que qualquer coisa já encontrada pelo internado em sua vida fora da instituição. De qualquer forma, as condições em que alguns poucos privilégios facilmente controlados são tão importantes são as mesmas que fazem com que seja tão terrível o seu afastamento.

Se essas instituições defendem que o trabalho funciona como forma de intervenção, questiona-se o motivo pelo qual este mesmo trabalho é utilizado para punir aqueles que não cumprem suas obrigações ou realizam algo proibido pela instituição. Identifica-se, dessa forma, que o trabalho não é utilizado nessas instituições como prática terapêutica, mas para reafirmar o seu caráter disciplinar. Ainda nesse sentido,

(...) quando o interno se nega a realizar atividades de manutenção dos locais, esta é uma das fontes de punições e castigos, conforme ratificam os casos reproduzidos no item sobre castigos, adiante. Em síntese, o uso que se faz da *laborterapia* na quase totalidade das CTs visitadas é idêntico ao que se encontra nas instituições manicomialis. Trata-se de instrumento disciplinador, que visa simplesmente submeter os corpos à ordem. É o emprego de uma força de trabalho na conservação do espaço onde se vive, que simplesmente imputa à pessoa privada de liberdade a tarefa de limpeza e manutenção, retirando tais tarefas do rol de responsabilidades de quem oferece o serviço de internação. Isso contribui para a viabilidade econômica e, possivelmente, para a lucratividade das comunidades terapêuticas, na medida em que isenta as instituições da contratação regular de mão de obra para realização das tarefas voltadas à sua manutenção (CFP, 2018, p. 86).

Sob esta ótica, denota-se o caráter compulsório do trabalho, onde os acolhidos não possuem opção de escolha entre desenvolver tais atividades ou não. Acaba tornando-se um recurso punitivo e privilegia interesses privados, ou seja, dos próprios dirigentes das instituições, que ao utilizar o trabalho dos internos para a manutenção e higienização do local, não arcam com os custos de contratação de pessoal para a execução desses serviços.

4.3 A aceitação de Deus e a libertação do pecado

Além da disciplina e do trabalho, a espiritualidade-religiosidade também é parte da perspectiva do modelo interventivo das CTs. Nesse tópico, portanto, será analisada a utilização da religião enquanto instrumento de cura e libertação do “vício”. Cabe destacar que nesse contexto a religião é apresentada como instrumento de recrutamento de adeptos, com a promessa de salvação, quase como uma moeda de trocas. Entende-se também, nesse sentido, instrumento capaz de transformar comportamentos, pautando-se na moralidade cristã.

Aqui cabe o questionamento: o que contribuiu para a significativa expansão das CTs religiosas nos últimos anos? Ora, foram expostos interesses neoliberais e de mercado, associados à privatização e sucateamento dos serviços públicos. Contudo, é válido questionar como a religião é colocada como um movimento que vai além das práticas religiosas institucionais, mas sugere uma associação de salvação e libertação para o uso de drogas.

Nas 10 instituições analisadas, todas trazem a espiritualidade em seus métodos, variando como: despertar espiritual, resgate espiritual, harmonizar a espiritualidade ou desenvolvimento espiritual. Em nenhum dos sites é descrito a vertente religiosa que as instituições seguem, contudo, ao analisar seus valores e métodos interventivos, fica evidente que 9 delas seguem princípios cristãos. Apenas a CT 8 afirma que seu objetivo é “harmonizar espiritualmente sem direcionar a uma religião específica”.

É necessário aqui sinalizar os conceitos de espiritualidade e religião. A espiritualidade, faz parte da história da humanidade, a busca pelo entendimento sobre os fenômenos da natureza, as crenças em seres ou um ser superior ou a necessidade de buscar paz interior. Vasconcelos e Cavalcante (2019) apontam que a espiritualidade pode ser entendida enquanto um conjunto de crenças e práticas com o que é compreendido como sagrado, o que pode ser feito com ou sem elementos das religiões. O autor destaca ainda que pode ser entendida como a procura por um crescimento pessoal e social.

As religiões podem ser definidas, de forma simplista, como uma série de valores, crenças e simbolismos institucionalizadas ao longo da história (VASCONCELOS; CAVALCANTE, 2019). Os autores destacam que nem sempre a espiritualidade está ligada a uma religião e nem sempre uma prática religiosa é um exercício espiritual.

Nas práticas espirituais analisadas nas descrições do modo interventivo das instituições, foi verificado que se aproximam mais de práticas religiosas, apesar de trazerem a denominação espiritualidade em seus textos. Uma das características que implicam pra que seja entendido como práticas religiosas, mais do que espirituais, é justamente a disciplina. A disciplina no modelo cristão, similar às penitências e a condução por um líder, geralmente um pastor.

Assim, aqui será colocada enquanto espiritualidade/religiosidade, considerando que, no ponto de vista das instituições, as duas acabam sendo entendidas como sinônimos. É importante salientar que,

a liberdade de consciência e crença, assim como a prestação de assistência religiosa em entidades civis e militares de internação coletiva, bem como a vedação à privação de direitos por motivo de crença religiosa, constam entre os direitos e deveres individuais e coletivos previstos na Constituição de 1988 (art. 5º, incisos VI, VII e VIII). Deriva daí que, individualmente, cada cidadão ou cidadã pode escolher crença e afiliação a uma, a outra, ou a nenhuma religião, mas uma crença religiosa não pode levar à privação de direito. (CFP, 2018, p. 79).

Aponta-se que a religião é fundamental para o cuidado, de acordo com a lógica das CTs. Ressalta-se que a imposição religiosa corrobora para violações de direitos e para o desrespeito à liberdade religiosa (CFP, 2018). É importante lembrar, ainda, que a obrigatoriedade de vincular a religião à ferramenta de cura vai contra os preceitos defendidos pela RP.

Esse viés religioso prejudica, o debate científico do uso e o atendimento da questão das drogas. Abre espaço para que o uso de drogas seja entendido como uma problemática de cunho espiritual, desconsiderando os aspectos psicossociais, bem como os determinantes e condicionantes sociais de saúde.

Utilizam a abstinência total enquanto principal vertente interventiva. As atividades religiosas são chamadas de terapias. Muito se fala, ainda, de valores morais, em restaurar e resgatar o sujeito e torná-lo um ser produtivo para a sociedade, inclusive destacando um trabalho de revisão de valores e comportamentos. É fato que a religião, particularmente o cristianismo, historicamente estipulou valores morais e comportamentais, estabelecendo o que é certo e o que é errado. As CTs ocupam, nesse sentido, lugar institucional de controle e salvação.

Almeida e Monteiro (2021) destacam que nos últimos anos no Brasil tem ocorrido um fenômeno, que chama de “trânsito religioso”, que leva à fragmentação institucional e a uma grande migração de pessoas para novas alternativas religiosas, segundo os autores,

ocorreu [...] a multiplicação das alternativas religiosas, encontrando sua expressão máxima entre os evangélicos, cuja fragmentação institucional é estrutural ao seu próprio movimento de expansão. Nesse processo sempre renovado de divisão por “cissiparidade”, as denominações continuamente dão origem a novos grupos (ALMEIDA; MONTEIRO, 2001, p. 92).

Dessa forma, as instituições religiosas buscam recrutar sujeitos que se identificam com mensagens e promessas de salvação, utilizando-se de mensagens que se direcionam a grupos específicos. Ou seja,

estaria subjacente a esse enquadramento do pluralismo a ideia de que a racionalização do sagrado no mundo moderno realizar-se-ia pela transformação das crenças em mercadorias a serem consumidas pelos adeptos que, volúveis, escolheriam os produtos segundo suas necessidades imediatas. A redução do fenômeno do trânsito religioso ao processo de mercantilização dos bens de salvação acabou por deixar na sombra os mecanismos particulares de ressignificação das crenças religiosas (ALMEIDA; MONTEIRO, 2001, p. 92),

Vasconcelos e Cavalcante (2019) afirmam que especificamente no Brasil, existe também um aumento da popularidade das religiões evangélicas, o que pode ser explicado pela oferta de cuidado e salvação. Os autores sinalizam ainda que as desigualdades sociais no Brasil são solo fértil para que a religião funcione como uma estratégia de sobrevivência utilizada pelos segmentos mais vulneráveis. Segundo Rui e Fiore (2021, p. 153),

o pentecostalismo das periferias urbanas, e sua respectiva batalha espiritual, entende toda situação como oportunidade de redenção, de operação divina sobre corpos e almas em sofrimento. Desse modo, acolhe, não força a saída, não expulsa e, enquanto cada um e *qualquer um* estiver em seu raio de ação, tenta mediar a restauração espiritual e social. Esse fato tem sido levado às últimas consequências pelo pentecostalismo que “invade” prisões, delegacias, territórios violentos, locais públicos de consumo de drogas. A batalha espiritual do pentecostalismo urbano não opera apenas como *representação* de conflitos, mas *intervindo* na cena urbana desses conflitos.

A adesão da população à religião exige uma padronização de comportamentos e o seguimento de uma moralidade. Quando se observa essas questões, é evidente a sua contribuição para a ascensão do neoconservadorismo e do fortalecimento do proibicionismo na questão das drogas. A interferência da religião e da moral cristão na política de drogas reforça estigmas e preconceitos que impedem um cuidado humanizado.

Além de prometer respostas imediatistas à problemática do uso, as CTs fornecem ao usuário e a suas famílias soluções rápidas e definitivas aos supostos pecados cometidos. Ou seja, basta que o sujeito tenha adesão aos cultos religiosos e aceite a palavra de Deus, que ele será libertado do vício. Embora algumas instituições afirmem que não buscam uma conversão religiosa dos seus usuários, alguns rituais, como orações e leituras bíblicas apontam justamente para um caminho inverso. Culpabiliza-se o sujeito e retira, dessa forma, todas as determinações sociais que permeiam o uso de SPA. A CT 3 destaca que,

o décimo segundo passo dos alcoólatras anônimos e narcóticos anônimos é: “tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólatras e toxicômanos e a praticar estes princípios em todas as nossas atividades”. A palavra que se deve destacar é: despertar espiritual (CT 3).

O consumo de drogas é entendido como problema moral, fraqueza ou falta de Deus, sendo todo o mal causado pela droga, “obra do diabo”. Dessa forma, a droga passa a ter status de instrumento utilizado pelo mal, “diabo”, para destruir a vida do sujeito. Assim, a sua salvação será proporcionada por meio da sua fé em Deus. Dias (2008, p. 73-75) coloca que,

de um direito, podem passar a significar um dever, sendo que aqueles que exercem o seu direito de não-participação correm o risco de serem malvistas ou até mesmo perseguidos. [...] historicamente há inúmeros exemplos de violências e crimes cometidos em nome dos mais diversos sistemas religiosos ou com a anuência deles.

Objetivos identificados nas descrições dos sites estão relacionados à transformação social e moral dos indivíduos com necessidades decorrentes do uso de SPA. Em seus métodos de intervenção são detalhados processos que podem ser descritos como conversão religiosa. Basicamente, para que haja cura, é necessário que o indivíduo cultive a espiritualidade e a religião imposta pela instituição e mantenha-se abstinente de qualquer tipo de substância. A CT 9 descreve que

o principal método utilizado é a espiritualidade, que favorece o resgate dos valores e princípios para a qualidade de vida, de relacionamentos e desenvolvimento da espiritualidade sadia. Portanto, a espiritualidade precisa atingir o ser humano em todas as dimensões: a biológica, a psicologia, a social e finalmente a espiritual, sendo assim, a pessoa inteira em seu contexto, o homem e todas as suas circunstâncias histórica (CT 9).

Em uma das instituições, a metodologia é descrita como “a espiritualidade é parte principal do tratamento. O lema é: 1 oração; 2 conscientização (terapia de apoio); 3 trabalho; 4 formação” (CT 3). A CT 7 destaca que, “questões relacionadas à vida familiar, profissional, social, espiritual são debatidas e esclarecidas na perspectiva da Palavra de Deus (CT 7)”. Em outra instituição, é possível ler que:

acreditamos que Jesus Cristo é a cura para todos os vícios. A pessoa quando entra na CT são confrontadas com a realidade de que não precisam mais viver na escravidão do pecado. Jesus quebra a força de todo tipo de vício e pecado. Ele cura permanentemente qualquer tipo de dependência ou pecado conhecidos pelo homem. O tratamento verdadeiro acontece quando a necessidade espiritual é alcançada. Através de Jesus Cristo, a vida da pessoa com problema muda. Como consequência desta nova vida e com a força do espírito santo, eles aprendem a trabalhar com os problemas. A Bíblia ensina: não se amoldem ao padrão deste mundo, mas transformem-se pela renovação da sua mente, para que sejam capazes de experimentar e comprovar a boa, agradável e perfeita vontade de Deus. Estudos bíblicos consistentes melhoram a saúde mental e emocional servindo como alicerce

para a reestruturação de padrões de pensamento, criando por outro lado uma nova e estável maneira de viver (CT2).

Além disso, a religiosidade enquanto instrumento utilizado por um serviço que presta serviço ao Estado, colocado enquanto política pública, atravessa o Estado laico. Cabe ressaltar que a Constituição Federal de 1988 traz a liberdade religiosa como uma garantia fundamental,

Artigo 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;

VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;

Essa liberdade religiosa parece não ser levada em conta pela CT 3, que apesar de afirmar a diversidade religiosa existente na instituição, declara que o momento diário de oração é baseado na leitura da bíblia cristã. Afirma-se que,

embora a maioria dos internos sejam católico só de nome nós não somos por isto uma organização católica. Temos protestantes e espiritualistas tanto em nossa diretoria quanto entre os internos. nossa hora diária de oração é baseada na sagrada escritura cristã, em canções, danças espirituais e uma variedade de liturgias católicas (CT 3).

Assim, é possível inferir que existe um argumento de aceitação de Deus e de conversão religiosa – mas também moral - utilizado de modo geral pelas instituições. Esse discurso coloca a questão das drogas em um lugar muito perigoso, pois ao conduzir como um desvio moral e com um viés religioso, os aspectos técnico-científicos e as determinações sociais, econômicas e culturais são deixadas de lado nesse processo.

Nesse sentido, a associação medieval da loucura com a possessão, torna-se cada vez mais presente na sociedade atual. Fica evidente a construção de caráter higienista e proibicionista das políticas sobre drogas, no Brasil. Torna-se explícito, ainda, o papel da religião na lógica moralizante desse modelo interventivo.

4.4 Comunidade Terapêutica: incongruências na implementação de uma política de Estado.

O Estado brasileiro ao longo da última década, vem constituindo um modelo de atenção em álcool e outras drogas, questionável do ponto de vista científico e incongruente com os

princípios constitucionais que deveriam reger as bases centrais das políticas sociais. Na contramão das propostas da RP e do SUS, transfere a execução do atendimento aos usuários de SPA para instituições de cunho religioso, de caráter totalizante, baseadas no serviço voluntário e com práticas assistencialista, focadas exclusivamente na abstinência, no trabalho (não remunerado), disciplina e religiosidade (PASSOS; GOMES; SANTO, 2022). Apesar de heterogêneas, tais instituições não governamentais operam como amálgama entre forças políticas neoliberais, conservadoras e de extrema direita.

No decurso da expressividade que tais instituições vêm conquistando no espaço público, enquanto equipamentos de atendimento no “cuidado” aos usuários de SPA, utilizam-se de estratégias para ampliação de financiamento e operatividade na política pública de assistência social, além da política de saúde.

As CTs estão incluídas na RAPS e podem estar incluídas no CNES. É válido apontar que no ano de 2016 a partir da portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, as CTs foram incluídas na Tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do CNES, sob o tipo 83, Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Logo, ao permitir que as CTs façam parte do CNES, permite-se que elas também recebam recursos destinados à Saúde, apesar de não cumprirem com os requisitos necessários para constituir-se enquanto serviço de saúde. Os dados obtidos é de que cinco instituições estão inscritas no CNES atualmente. Três são inscritas com a denominação de CT e duas utilizam a nomenclatura de “casa de recuperação”.

No contexto do SUS, o debate que tem respaldado o cuidado com pessoas usuárias de álcool e outras drogas embasado nos princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, se pauta na lógica territorial, com preservação dos laços comunitários, no cuidado em liberdade, com participação, autonomia e preservação dos direitos humanos.

E, neste sentido, os autores e os relatórios de inspeção de diferentes entidades (ARAÚJO 2003; COSTA, 2021; CFP, 2018; CFESS, 2014), assim estudos do IPEA (IPEA, 2017; IPEA, 2018; IPEA, 2021a; IPEA 2021b), demonstram que falta comprovação científica quanto à eficácia do modelo interventivo prestado nas CTs, além de denunciar inúmeras situações que caracterizam violação dos direitos humanos.

Por outro lado, as CTs na articulação para o seu fortalecimento, ampliação de financiamento público, passam a galgar espaço na área da assistência social, sob a defesa de que se tratam de equipamentos da rede complementar de atenção, recuperação e reinserção social de pessoas que fazem uso abusivo de SPA. Contudo, há que sinalizar que o papel da assistência social no que diz respeito ao uso prejudicial de SPA diz respeito ao trabalho realizado com

relação às vulnerabilidades decorrentes do uso. Não há que se falar em tratamento de saúde no âmbito da Assistência Social, sem base técnica e científica. Além disso, a sua vinculação ao MDASFCF é contraditória, visto as prerrogativas legais da política pública de assistência social e da proteção social no âmbito do SUAS.

Conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) o usuário da política de assistência social é definido como

(...), cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos;..... (BRASIL, 2004, p. 33). (...) A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, trabalho infantil, entre outras. (BRASIL, 2004, p. 37).

Ou seja, ao SUAS é atribuído o papel de atuar na perspectiva de atendimento assistencial destinado àqueles que se encontram em situação de risco devido ao uso de SPA, sem, contudo, ter papel central no tratamento dos agravos à saúde, que é atribuição do SUS.

De acordo com informações do site do MDASFCF, quando as instituições cumprem os requisitos³⁶ necessários para obterem contrato com o ministério, elas passam a ser definidas como entidades de assistência social e integram a rede de proteção socioassistencial. Esses documentos incluem, dentre outros, os objetivos claros voltados à promoção de atividades e finalidades de relevância pública e social, estabelecendo a denominação, a sede e finalidade social clara e definida, ligada à atenção em álcool, tabaco e outras drogas, alvará sanitário e certidão de débitos relativos a créditos tributários federais e à dívida ativa da União.

Ou seja, a questão das drogas vem sendo objeto tanto da saúde quanto da assistência social. Não obstante, O MS e o MDASFCF possuem políticas opostas para o atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA. De um lado, a concepção da saúde está fundamentada no conceito de saúde ampliada, em conformidade com os condicionantes e determinantes sociais de saúde, considerando no campo das drogas, a perspectiva da RD e do cuidado em território. Por outro lado, no âmbito da vinculação MDASFCF tem-se adotado uma

³⁶ Ver subseção 3.1 desta dissertação.

política antidrogas, pautada no proibicionismo, na abstinência e na internação, tendo nas CTs e na sua lógica interventiva espaço privilegiado de atendimento.

A atual ministra da Saúde, em entrevista para o Jornal O Globo, Nísia Trindade, reiterou o comprometimento com uma SM alinhada com a RP, sem práticas de isolamento. Em contrapartida, o MDASFCF, atualmente responsável pelas parcerias com as CTs, investe cada vez mais nessas instituições.

Sob o prisma do SUS, defende-se que o cuidado aos usuários de SPA deve ser realizado nos CAPS e CAPS AD, buscando um cuidado em território. Contudo, sabe-se que atualmente os investimentos para os serviços abertos da RAPS tem sido cada vez mais reduzido. De acordo com a matéria do O Globo, o MDASFCF disponibilizará aproximadamente R\$ 214 milhões do orçamento de 2023 para as CTs e atualmente aproximadamente 600 instituições mantêm parcerias com o MDASFCF. Já os recursos financeiros dos CAPS não aumentam desde 2011. Segundo dados no levantamento realizado pelo CONECTAS e CEBRAP, no período de 2017 a 2020, o total investido em CTs

em valores nominais foi de R\$ 293 milhões; corrigido pelo valor da moeda para o último ano do levantamento, 2020, o montante atingiu R\$ 309,3 milhões. O expressivo crescimento do investimento anual entre 2017 e 2020, em valores corrigidos, foi de cerca de 109%. É importante considerar que a pandemia de SARS-CoV-2 alterou alguns gastos do governo e pode ter interrompido, em 2020, esse padrão de crescimento. Porém, deve-se levar em conta que a contratação de novas vagas de acolhimento por meio de mais um edital lançado em 2020 e de mais vagas anunciadas pela SENAPRED ao longo de 2021, além do pagamento dos contratos atuais, são indicativos de que o financiamento federal de CTs crescerá pelo menos até o final da atual gestão federal (CONNECTAS; CEBRAP; 2022, p. 19)

Diante disso, há que se questionar a priorização de financiamento público em instituições que não atendem uma racionalidade sanitária no cuidado aos usuários de SPA. Apesar da Portaria nº 1.482 de 2016 incluir as CTs na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do CNES e da Portaria 3.588/2017 inclui-las na RAPS, tais instituições de fato não obedecem o cumprimento de regramento básico constitutivo de um estabelecimento de saúde, não contemplam equipes multiprofissionais de saúde para prestar atendimento técnico-científico, perpetuando uma lógica interventiva embasada na transformação moral dos sujeitos.

As CTs a depender dos interesses de cada momento, funcionam inclusive como uma instituição de acolhimento, atendendo pessoas em situação de rua. Natalino (2018) traz que muitos sujeitos procuram as CTs para buscar abrigo ou proteção em contextos de risco e situação de vulnerabilidade. De acordo com a PNAS, “os serviços, programas, projetos de atenção às famílias e indivíduos poderão ser executados em parceria com as entidades não-

governamentais de assistência social, integrando a rede socioassistencial” (BRASIL, 2004, p. 43). Mas, cabe questionar se tais instituições respondem de fato as prerrogativas incorporadas na política pública de assistência social. Sob essa ótica, conforme estudo realizado pelo CONECTAS e CEBRAP (2022, p. 57), as CTS podem ser,

Comunidades Terapêuticas de Tratamento – Portanto, médicas, parte da RAPS e sujeitas às normas técnicas da ANVISA para ambientes em que predomina como instrumento terapêutico a convivência entre os pares, mas onde existe a prática de atos médicos e tratamento, atraindo inclusive a regulação e a fiscalização pelo CFM. Essas comunidades, por estarem atreladas à RAPS, também acolhem pessoas adultas e que integral o público-alvo da saúde mental; e **Comunidade Terapêuticas de Acolhimento** – Ligadas à Política Nacional de Drogas, atuam de acordo com instruções do CONAD e utilizam como instrumento terapêutico a convivência entre os pares e, em regra, não realizam a prática de atos médicos e tratamento.

Algumas terminologias como “internação” e “acolhimento, expressam as contradições e fragilidades na natureza de tais instituições, bem como da incongruência do Estado assumi-las como política pública. O termo acolhimento é utilizado em alguns momentos para diferenciá-las dos estabelecimentos de saúde. Contudo, o termo internação ainda é utilizado por muitas CTs. Outro ponto é que os próprios usuários e familiares não conseguem distinguir, visto que muitas vezes entendem que as CTs são sinônimos de clínicas (RUI; FIORE, 2021).

Elas são utilizadas como espaços interventivos, contudo, muitas não possuem nem mesmo profissionais da saúde. Ao mesmo tempo, estão formalmente vinculadas ao MDASFCF. Essa indeterminação também perpassa a questão de segurança pública, já que a questão das drogas muitas vezes é tratada como questão de polícia e justiça. Ou seja,

as CTs têm como prática o isolamento, mas não podem ser definidas como clínicas nem como hospitais psiquiátricos. Abrigam quem está em situação vulnerável, mas não se confundem com residências terapêuticas nem com equipamentos de assistência social, como abrigos. A prática da religiosidade é cotidiana, normalmente incondicional, mas tais instituições não se apresentam, e nem são vistas, como igrejas. Nessa zona ambígua, as CTs não se limitam mais ao autofinanciamento, estão fortalecidas em associações próprias e recebem regularmente recursos cada vez mais vultosos de diferentes esferas do poder público (RUI; FIORE, 2021, p. 1-2).

A própria posição das entidades e federações de apoio às CTs possuem contradições em seus posicionamentos. Rui e Fiore (2021, p. 104) apontam que

destacam-se três pontos que expõem dissensos entre as federações de CTs. O primeiro deles é a proposição de uma atividade alternativa, durante o momento devocional, de exercício da espiritualidade, sobre a qual se apresentam opiniões divergentes. O segundo é relativo à incorporação da lógica técnico-científica no cotidiano das CTs, que é revelado pela importância dada aos profissionais de nível superior, pela

aceitação de novas propostas terapêuticas e pelo discurso baseado na ciência. E, por fim, o modo como o acolhido é percebido na CT, considerando-se ações que promovam, ou não, sua autonomia.

Além disso, elas sendo colocadas enquanto política pública, resultam em um impacto importante nos cofres públicos. Contudo, como mencionado, não possuem critérios consistentes e embasamento científico efetivo no cuidado SM. Além disso, as intervenções baseadas em religiosidade ferem o Estado laico. Outrossim,

nem na PNAD, nem na LD são mencionados mecanismos de fiscalização ou avaliação destas instituições, muito menos de prestação de contas das verbas estatais, o que contribuiria concretamente para essa humanização das CTs que tanto dizem. Em suma, temos o chancelamento e financiamento estatal de instituições e práticas que não se conhece como deveria, e, ao mesmo tempo, não se pretende conhecer. Tais ausências e insuficiências são incompatíveis, sobretudo, com uma lei e seu caráter normatizante; ou seja, normatiza-se a ausência ou insuficiência de parâmetros normativos, controla-se pela falta de mecanismo de controle (COSTA, 2021, p. 29).

O Estado custeia, por conseguinte, a atuação de instituições que impõem sua vertente religiosa e um projeto de base moral, contrária aos preceitos das reformas sanitária e psiquiátrica, ou seja, abrindo mão da política universal preconizada pelo SUS, enfraquecendo e desmobilizando o próprio papel do Estado. Favorece a religião e a moralização do uso de SPA, colocando em jogo o direito constitucional à saúde de forma universal e a laicidade da sociedade brasileira.

As contradições enquanto política pública perpassam as violações de DH, como a imposição da religiosidade, violência física, trabalho não remunerado, dentre outras práticas violadoras de direitos contraditórias com os princípios constitucionais e com o respeito à cidadania (CFP, 2018).

Reforça-se, dessa forma, práticas assistencialistas e higienistas. Medidas como a ampliação de investimento às CTs corroboram para ações higienistas, afastando aqueles que são indesejados do território, utilizando-se de um possível medo e terror com relação ao uso de drogas para validar e apoiar internações prolongadas (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

O uso de álcool e de outras SPA, diante de uma perspectiva higienista, é associado a desvios e desajustes de comportamento, geralmente associados à criminalidade e violência (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). Muitas vezes, a pobreza ou situação de vulnerabilidade na qual os usuários se encontram são entendidas como consequência no uso de SPA, contudo, autores defendem que diante de uma perspectiva social e cultural, o consumo é

que é consequência de problemas estruturais da sociedade (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

Essa visão de causa e consequência, na lógica higienista de exclusão, é utilizada para ratificar necessidade de internações nas CTs. De certo modo, em meio à personificação da droga e o pânico causado, essas internações em instituições totais como as CTs ganham legitimidade e aceitação de parte da população (ANDRADE, 2011; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; PITTA, 2011). De acordo com a visão higienista, a internação desses sujeitos serviria para evitar crimes e violências.

Nesse sentido, a política baseada na “guerra às drogas” coloca o usuário entre legislações penais e também a patologização do uso de SPA, ou seja, a centralidade está na droga e não no sujeito, em suas singularidades e na integralidade do cuidado. É nesse sentido que a ótica sob a drogas baseada no proibicionismo construiu ao longo da história uma imagem que liga o usuário de drogas à criminalidade.

Por tudo isso, destaca-se que as CTs geram um debate na contemporaneidade e uma preocupação, entre os defensores da RP e de uma lógica de cuidado em SM sob a perspectiva da RD, que valorize o sujeito e favoreça a sua autonomia, tornando-o parte principal do seu cuidado. Essa preocupação circunda-se na atual ascensão desses serviços e na sua validação legal como parte da RAPS, amplificada a partir do atual cenário neoliberal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve a finalidade trazer reflexões acerca da temática proposta, sem, contudo, pretender encerrar a discussão. Teve como objetivo analisar as características e as funcionalidades das CTs, considerando as contrarreformas na PNSM e na PNAD, em contexto de acirramento das medidas neoliberais, ascensão da ideologia proibicionista e do neoconservadorismo. Ao longo da pesquisa, buscou-se entender as características das instituições analisadas e refletir sobre as suas funcionalidades.

O estudo evidenciou que no cenário de acirramento das medidas neoconservadoras e de contrarreformas, o Estado brasileiro priorizou a implementação e fortalecimento da política pública em álcool e drogas na contramão de uma racionalidade sanitária, dos princípios do SUS e da RP.

As CTs, que promovem a obediência, trabalho e oração como forma de intervenção, desafiam a lógica da atual da PSM. Em vez de focar na reintegração social e no respeito aos direitos humanos, essas instituições privilegiam a disciplina e a religiosidade como solução para o uso de SPA.

Elas passam a ocupar lugar estratégico no atendimento aos usuários de álcool e drogas, sem regramento claramente definidos e subsidiadas financeiramente pelo Estado, permitindo que tais instituições passem a operar uma política pública, pautada em modelo de atenção sem respaldo científico, fundamentada em crenças e na transformação moral dos sujeitos.

Os resultados encontrados apontam para a relação entre o modo de produção e reprodução do capitalista e a ascensão do Estado neoliberal, que desencadeia a precarização dos equipamentos da RAPS e as privatizações no campo da PSM. Diante disso, verifica-se que as CTs ocupam lugar estratégico no desmonte da RAPS e na materialização da CP.

Vimos que não apenas as CTs, mas diversas normativas materializam a CP. Nesta direção, as CTs anunciam um projeto de salvação por meio do trabalho, da oração e da sujeição dos indivíduos. Ou seja, tudo aquilo que forma o sujeito é descartado, não existe lugar para as individualidades, os prazeres e as singularidades, pois tudo isto é colocado como erros que o tiram do caminho correto, “o caminho livre das drogas”.

As privatizações interferem na forma como a política de drogas é desenvolvida e na execução da assistência e do cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de SPA, trazendo impactos para a construção de um cuidado em liberdade e com autonomia.

É necessário sinalizar também que desde o início da RP existiram limites e avanços para a construção de uma SM com liberdade e dignidade. Isso porque desde o início de consolidação do SUS existiam projetos antagônicos, como colocado no decorrer desta dissertação. Esses projetos, privatista e público, sempre disputaram espaço ao longo da trajetória do SUS, ou seja, a pressão pelos diferentes setores religiosos e empresariais para acessarem os recursos públicos por meio da CTs. A histórica ausência de investimento para a consolidação de serviços públicos de SM em geral, foi terreno fértil para sua propagação.

Nesse sentido, com o acirramento das medidas neoliberais e neoconservadoras, retomase uma visão da droga como representação do mal e do usuário como aquele que possui uma conduta errada, sendo assim, reforçam uma política proibicionista e para uma estigmatização e opressão desses sujeitos. A ascensão do neoliberalismo e do conservadorismo, a partir da nova política de SM a partir de 2016, acentuou as fragilidades e evidenciou o desmonte dos serviços alinhados à RP, corroborando para as privatizações e para a regulamentação das CTs, sendo cada vez mais incentivadas pelo poder público, ligada ao moralismo, à religiosidade e à lucratividade.

Entende-se que as CTs, ainda ocupam um lugar obscuro de análise, um não lugar, como foi apontado ao longo desta pesquisa. Ao mesmo tempo, elas representam relações de poder e são direcionadas pelo proibicionismo, neoconservadorismo e moralismo. Aqui foram evidenciadas as estratégias utilizadas por estas instituições sob a tríade disciplina-trabalho-espiritualidade/religiosidade e o quanto essa forma de intervenção é contraditória com a PSM que se busca em conformidade com a RP, apontando para a CP.

Identifica-se o caráter asilar, a violação dos direitos humanos, o trabalho forçado, a religiosidade imposta e as diversas outras características expostas no decorrer deste estudo que apontam para uma estrutura de Instituição Total (GOFFMAN, 2008). Aponta-se também para as *mortificações do eu* e o disciplinamento dos sujeitos, que devem modificar-se para que possam caber em uma sociedade que os demoniza.

Elas são utilizadas enquanto instrumento neoliberal de padronização dos sujeitos, por meio de práticas religiosas, que são contraditórias ao Estado Laico e ao conceito de políticas sociais. O usuário desse serviço é visto como aquele que faz uso de uma substância maléfica e contra os valores morais. Como mencionado no site da CT 3, o modelo interventivo é “baseado num tripé, trabalho, disciplina e oração, o primeiro é para valorizar, o que muitas vezes ele mesmo destruiu, o segundo para se reorganizar e o terceiro é para ter o encontro com Deus e ter espiritualidade que se faz necessária para a vida de todos”.

Por isso, a eles é dada a única alternativa: aceitar Deus, ser disciplinado e modificar seu modo de vida e trabalhar, para que fique abstinente e transforme seu comportamento, só assim podendo ser verdadeiramente livre das drogas.

Essa postura vai de encontro aos princípios da RP, que propõe a desconstrução dos manicômios e a valorização da autonomia e cidadania. Dessa forma, centralizar o atendimento em instituições que prescrevem uma única maneira de lidar com o problema é incompatível com uma abordagem multidisciplinar e individualizada, com o objetivo de resgatar a dignidade e a qualidade de vida dos sujeitos.

Quando o Estado apoia estas instituições, significa que está dando anuência para que estas práticas violadoras e que desrespeitam o laicismo do Estado aconteçam livremente. Ainda corrobora uma visão de sujeito que vai na contramão do sujeito de direito, preconizado e defendido pela RP. Apoiar essa visão de “cuidado” pautada no proibicionismo e sem respaldo técnico-científico é investir em um retrocesso em oposição ao investimento em melhorias e expansão da RAPS e em uma PSM pautada na integralidade do sujeito. Isso reflete em uma política pública de Estado que responde a interesses privados e religiosos, inclusive com forças políticas no parlamento.

Por fim, confirma-se a hipótese apresentada inicialmente, de que existe um movimento de fortalecimento do paradigma proibicionista impulsionado pelo neoliberalismo com desdobramentos deletérios para com as políticas sociais. Alinhado a isso, o discurso e o fundamentalismo religioso ligados às políticas sociais representam uma ofensiva à efetivação de direitos e ainda apontam para ataques ao Estado democrático de direito e aos direitos sociais dos sujeitos. É preciso, portanto, que o poder público invista em políticas de SM que considerem a diversidade dos sujeitos e respeitem os direitos humanos desses indivíduos, em vez de oferecer soluções paliativas que os sujeitam a uma vida submissa e a práticas violadoras.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mônica Maria Torres de. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 1-14.

ALMEIDA, Alba Riba Brito. **Os avatares institucionais no campo da drogadição e suas incidências na construção de práticas terapêuticas alternativas**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, 2008.

ALMEIDA, Ronaldo; MONTEIRO, Paula. Trânsito religioso no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 92-101, set./2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/spp/a/ccq85SjmLJjtY7WcPynRJcs/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 dez. 2022.

ALVES, Vânia Sampaio; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira O. atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **RDisan**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 9-32, fev./2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241/59451>>. Acesso em: 12 out. 2022.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 1-132.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 1-141.

ANDRADE, Tarcísio Matos. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, out./2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JQXcRPcyZTrjtZ4NZ3D4THJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro. **Comunidades terapêuticas: Um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil**. 2003 Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm>. Acesso em: 17 set. 2021.

BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1780-1785, nov./2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/4w58WL6Dc66m8QzKwGDFtyD/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 3 dez. 2022.

BASAGLIA, Franco. (org.). **A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BECKER, Howard Saul. **Outsiders: Estudos da sociologia do desvio**. 1 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I. et al. (org.). **Política social no capitalismo: Tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: Fundamentos e história**. Biblioteca básica do serviço social. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine. Rossetti. **Brasil em contrarreforma: Desestruturação do estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOCCARDO, Ana Cristina S et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14124/15942>>. Acesso em: 17 jan. 2023.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/3sMBcMnM5JvLMjYJsTd6xTn/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Resolução nº145, de 15 de outubro de 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa de 1988**. Brasília: Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. 2023. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11392.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.392%2C%20DE%2020%20DE%20JANEIRO%20DE%202023&text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,comiss%C3%A3o%20e%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20confian%C3%A7a>. Acesso em: 27 jan. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nos. 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos. 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm>. Acesso em: dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em

saúde mental. 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 26 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. 1976. Revogada pela Lei nº 11.343 de 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16368.htm>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 13 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. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art75>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria MC nº 582, de 8 de janeiro de 2021.** Estabelece normas e procedimentos administrativos para a comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório, prestados pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) contratadas no âmbito do Ministério da Cidadania (MC), por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mc-n-582-de-8-de-janeiro-de-2021-298263285>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Política Nacional sobre Drogas.** Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil. Brasília, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011a. Disponível em: <<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/a-politica-nacional-sobre-drogas>> Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011.** Brasília, Gabinete Ministro, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 101 de 31 de maio de 2001.** Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a. ed. **Série B textos básicos de saúde.** Brasília, DF, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 15 dez 2022.

BRASIL. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1 de 2018.** Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Pnad. Conad, 2018. Disponível em:

<http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx>. Acesso em: 20 jan de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016.** Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html>. Acesso em: 12 jan. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2011c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 19 dez 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 20 jan. de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 562, de 19 de março de 2019.** Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred). Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613>>. Acesso em: 15 de jan. 2023.

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

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro. C. O projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária. In: MOTA, A. E. et al. (org.). **Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 199-215. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.

BRAVO, Maria Inês de Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social Estado, Democracia e Saúde.** Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147>. Acesso em: 17 dez. 2022.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil. In: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009a.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In.: XIX Seminário Latino-Americano de Escolas de Serviço Social. **O trabalho social na situação da América Latina: desafios para a formação e ação conjunta profissional.** Santiago de Guayaquil Universidade Católica. Guayaquil, Equador. 04-08 outubro, 2009b.

Disponível em: <<https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

CARVALHO, Jonatas Carlos. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: A construção de uma política nacional**. Trabalho apresentado na VI SEMANA DE HISTÓRIA E III SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA: Política, cultura e sociedade. Programa de Pós-graduação em História, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://neip.info/novo/wpcontent/uploads/2015/04/carvalho_histria_politica_criminalizao_drugas_brasil.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CAVALCANTE, Rita. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. In: VASCONCELOS, E. M.; CAVALCANTE, R. (Org.). **Religiões e o paradoxo apoio social, intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. São Paulo: Hucitec, 2019.

CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.3, p.471-477, set./dez. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/FmK5qrc9BB5ZksDdRKFK6pj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 17 jun. 2022.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (CEBRAP); **Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas Brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo, abr. 2022. Disponível em: <<https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas**: contribuições do CFESS para o debate. Brasília, DF: CFSN; 2014

COSTA, Leila Maria Bedeschi. **Governo Lula**: retorno ao desenvolvimentismo? Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/132979>>. Acesso em: 9 mar 2023.

COSTA, Pedro Henrique Antunes. Comunidades terapêuticas nas políticas antidrogas: Mercantilização e remanicomialização. **Serviço Social em Debate**, 3(2), 2021. Disponível em: <<https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4693>>. Acesso em: 02 out. 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; MENDES, Kíssila Teixeira. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**, v. 12, n. 2, 2020. p. 44-59. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/28943/21383>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

COUTINHO, Carlos Nelson. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma? **Revista Novos Rumos**, v. 49, n. 1, 2022. Disponível em: <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/2383>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

COUTO, Maria Crisitina Ventura; DUARTE, Cristina.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 390 - 398, Agosto 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/MwhVn9BBDdZQTH6qxsxLNkf/?lang=pt>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CRUZ, Danilo Uzêda. “Políticas Sociais e Agenda Conservadora Do Governo Bolsonaro: Desdemocratização e Degradação Política.” **In Políticas Sociais No Governo Bolsonaro: Entre Descasos, Retrocessos e Desmontes**, edited by Danilo Uzêda da Cruz and Clovis Roberto Zimmermann, 53–72. CLACSO, 2022.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 mar. 2022.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **A efetivação constitucional do direito à saúde no Brasil: alternativas jurídicas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2020. 328 f., il. Tese (Doutorado em Direito)—Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS – DUDH. Assembleia Geral da ONU, **A/Res/3/217A (10 de dezembro de 1948)**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em 13 mar. 2022.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: Teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola. 2003.

DEMIER, Felipe. **Depois do golpe: A dialética da democracia blindada no Brasil**. Rio de Janeiro: Manual, 2017.

DIAS, Camila Caldeira Nunes. **A igreja como refúgio e a Bíblia como esconderijo: religião e violência na prisão**. São Paulo: Humanitas, 2008.

DOMINGUES, Adriana Rodrigues et al. Estudo das experiências da reforma psiquiátrica – Concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41518/28787>>. Acesso em 13 jan 2023.

DOUEMENT, Marcello; CONCEIÇÃO, Vinnie Nasser Mesquita. Frente parlamentar em defesa das Comunidades Terapêuticas. In: **Comunidades terapêuticas: Temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 167-186.

FEBRACT. **Histórico das comunidades terapêuticas**. 2005. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/historico/htm>>. Acesso em: 20 maio 2023.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, N. M. D. F. modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, jun./2015. Disponível em: <<https://revista.abrasd.com.br/index.php/rbsd/article/view/10/16>>. Acesso em: 15 out. 2022.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: História e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. 205f. Tese (Doutor em Serviço Social) – Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/392/1/398635.pdf>>. Acesso em 25 mar 2023.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: BOSCHETTI et al. (org.). **Política social no capitalismo: Tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IANNI, Octávio. A construção da categoria. **Revista HISTEDBR On-line**. Campinas, n. 3 especial, p. 397-416, abr. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639917/7480>>. Acesso em: 17 set 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Comunidades terapêuticas: Temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos**. Rio de Janeiro, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: Conta SHA 2015-2019**. Brasília: IPEA, 2021a.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota técnica perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. nº 21, Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Brasília, DF: IPEA; 2017. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf . Acesso em 23 jun 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 28, p. 109- 172, 2021b. Disponível em: <<https://bit.ly/3nlAwho>>. Acesso em: 19 jan. 2023.

JUNTA DE SERVIÇOS GERAIS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS DO BRASIL - JUNAAB. **Os doze passos e as doze tradições**. São Paulo, 1995.

LOECK, Jardel Fischer. Comunidades Terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. In: **Comunidades terapêuticas: Temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p. 77-100.

- MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- MARINI, Ruy Mauro. Dependência e desenvolvimento, In: **Dialética da dependência**, RJ/Vozes e CLACSO, 2000.
- MARX, Karl. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.
- MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1964.
- MARX, Karl. **O Capital**, Vol. 1/1. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- MATTOS, Marcelo Bardaró. **Neofascismo e autocracia burguesa no Brasil**. São Paulo: Usina Editorial, 2020.
- MEDEIROS, Katruccy Tenório et al. Representações sociais do uso abusivo de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 18, n.2, p.269-289 abr/junho, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/MGGG5R3MMmszKjgjn8D5NqH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 13 dez. 2022.
- MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 58-70, dez 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 mar. 2023.
- MÉSZÁROS, István. **A Teoria da Alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MORAIS, Paulo César de Campos. **Mitos e omissões: repercussões da legislação sobre entorpecentes na região metropolitana de Belo Horizonte**, 1997. Disponível em: <<https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/MITOS%20E%20OMISS%C3%83%E2%80%A2ES.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2022.
- NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, disciplina e destino social em Comunidades Terapêuticas. In: **Comunidades terapêuticas: Temas para reflexão** / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 37-60.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011a.
- NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011b.
- OLMO, Rosa Del. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

OSORIO, Jaime. **O Estado no centro da mundialização**: a sociedade civil e o tema do poder. Trad. Fernando Prado. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular. 2019.

PAIM, Jairnilson. et al. Saúde no Brasil. **O sistema de saúde brasileiro**: História, avanços e desafios. Salvador, 2011.

PASSOS, Rachel Gouveia. et al. Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064/21411>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; SANTO, Tiago Braga do Espírito. O Avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas e as comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro: Uma análise do PL 565/2019. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 49, v. 20, 2022. p. 205-2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63529/0>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Estado, sociedade e esfera pública. In: CFESS; ABEPSS (org.). **Serviço social: Direitos sociais e competências profissionais**. v. 1. p. 285-300. Brasília, 2009. Disponível em: <<https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/8jWy8e5p39eA46R2v6H9.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2022.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. São Paulo: 34, 1994

PETUCO, Denis Roberto da Silva. **O pomo da discórdia?** A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

PITTA, Ana. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16 n.12, p. 4579 - 4589 Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder e o Socialismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª edição, 1985.

REZENDE, Manuel Morgando. Modelos de Análise do Uso de Drogas e Intervenção Terapêutica: Algumas Considerações. **Revista Biociência**, Taubaté, v.6, n.1, p.49-55, jan./jul. 2000. Disponível em: <<http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/biociencias/article/view/30/13>>. Acesso em: 21 fev. 2023.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: O impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a05.pdf>. Acesso em: 7 jun 2023.

RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, junho de 2021. Disponível em: <<https://www.ssrc.org/publications/working-paper-series-comunidades-terapeuticas-no-brasil/>>. Acesso em: 29 mar 2023.

SAES, Décio. **A formação do Estado burguês no Brasil (1888 – 1891)**, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990.

SALVADOR, Evilasio da Silva. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n104/02.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2023.

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 / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 17-36.

SCHITTAR, Lucio. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, F. (Coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

SHIMOGUIRI Ana Flávia Dias Tanaka; COSTA-ROSA, Abílio. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface (Botucatu)**. 21(63), p. 845, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/TDxQbPHccjLh3FN548Db6qw/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5 nov. 2022.

SILVA, Sérgio. **Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil**, São Paulo, Alfa-Ômega, 1981.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela. (Orgs). **Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: cenários, peijas e desafios**. Recife: Editora UFPE, 2014.

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

SOUZA, Letícia Canonico; NUNES, Matheus Caracho; SANTOS, Maria Paula Gomes. Tempo e subjetivação em Comunidades Terapêuticas. In: **Comunidades terapêuticas: Temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 61-76.

TONET, Ivo. Qual política social para qual emancipação. **Revista SER Social**, Brasília, DF, v. 17, n. 37, p. 279-295, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13432/11759>. Acesso em: 12 mar 2022.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. Breve história das drogas no Brasil: uma revisão. **Revista InterLegere**, Natal, n. 15, jul./dez. 2014. Disponível em: <<https://lehda.fffch.usp.br/sites/lehda.fffch.usp.br/files/upload/paginas/2014.%20TORCATO.%20uma%20historia%20da%20proibicao%20das%20drogas.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2022.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita de Cássia (org.). **Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. São Paulo: Hucitec, 2019.

VECCHIA, Marcelo Dalla.; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v 13 n 28, p. 151-164, mar. 2009. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/icse/a/ZYSXtv456nY9PbFv3NgfGQS/?format=pdf&lang=pt>>.
Acesso em: 23 jan. 2022.

WOOD, Ellen Meiksins. **O império do capital**. São Paulo: Boitempo, 2015.