



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Amanda Milani de Oliveira Araujo

**A metamorfose das “comunidades terapêuticas” no Brasil: um estudo das práticas discursivas e das políticas de atenção aos usuários de álcool e drogas**

Rio de Janeiro

2023

Amanda Milani de Oliveira Araujo

**A metamorfose das “comunidades terapêuticas” no Brasil:** um estudo das práticas discursivas e das políticas de atenção aos usuários de álcool e drogas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: The metamorphosis of “therapeutic communities” in Brazil: a study of discursive practices and policies of attention to alcohol and drug users.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

A663m Araujo, Amanda Milani de Oliveira.  
A metamorfose das “comunidades terapêuticas” no Brasil: um estudo das práticas discursivas e das políticas de atenção aos usuários de álcool e drogas / Amanda Milani de Oliveira Araujo. -- 2023.  
113 f.

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante.  
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.  
Bibliografia: f. 105-113.

1. Comunidade Terapêutica. 2. Saúde Mental. 3. Política Pública. 4. Drogas Ilícitas. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Título.

CDD 362.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Amanda Milani de Oliveira Araujo

**A metamorfose das “comunidades terapêuticas” no Brasil: um estudo das práticas discursivas e das políticas de atenção aos usuários de álcool e drogas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 20 de junho de 2023.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana Desiderio Lobo Prudencio  
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Dedico este trabalho a Gabriel e Antônio.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz e à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca por permitirem um lugar à minha inquietação sublimada em um projeto de investigação. Sinceros agradecimentos por toda história e dedicação, por toda construção que se desdobra em reconhecimento nacional e internacional.

Ao meu orientador Paulo Amarante, que acolheu minha pesquisa com paciência e gentileza. Que tantas vezes brinca dizendo que “é um desorientador”, sem saber o quanto sua fala impacta e constrói novos futuros dentro de muitos e em mim. Ligações rápidas que rendem páginas e páginas de anotações. Roteador de citações diretas. Pensa desorientar a mim orientando tantos em tantos lugares. Um desejo da jovem universitária, um privilégio da jovem adulta. Me ensina, sobretudo, que a história vive, e vive por uma construção diária. Ao presente, um presente.

E aos presentes, Ensp me deu nesta turma de mestrado. Rodrigo Machado e seu companheirismo voraz. Yasmin com todo seu carinho e sensibilidade, um grato reencontro. João Bezerra e toda a sua finesse, elegância e perspicácia. Nathalia e Priscila, tão distantes geograficamente e tão perto afetivamente. Sem vocês, queridos, essa caminhada não teria a mesma paisagem. Vocês deram sabor a esta experiência.

Ao meu irmão Gabriel, com quem divido a vida. Sem você nada faria sentido.

Ao meu irmão Juninho, meu bichinho de goiaba, uma das criaturas mais inteligentes que conheço.

Àqueles que aqui estão e aos que já viraram ancestrais.

Aos meus pais, com quem apenas fantasiarei o prazer de que pudessem ler esta dissertação.

À minha mãe, Angela Márcia, que me ensinou a ser forte e lutar, mesmo quando me sinto fraca. Lutar por independência. Me despertou o amor pela saúde pública, pela saúde coletiva, pela política e ensinou o quanto é importante manter brilho no olhar pelo seu ofício. Ter paixão pelo que faz.

Ao meu pai Antônio Carlos, Carlinhos, que me apresentou a filosofia, a literatura, a música, a vida em arte. Tantos tons e melodias. Com um misto de dureza metódica e senso de humor, me presenteou com o hábito de estudar, pesquisar, ter curiosidade por descobrir o que poderia vir a ser a liberdade.

À Aline, minha “Anine”, àquela que me faltam palavras para explicar esta relação. Até mesmo a palavra irmã parece ser pequena demais e não comportar tanto amor. A gente ama em ato.

Ao Raoni, meu amor e aconchego, dia a dia.

Aos meus avós maternos Lourdes Victoria e Antônio Fernandes, falecidos a tantos anos, pelos cuidados na infância. Ao querido Joel, pai de meu irmão Gabriel, que foi levado de nós na pandemia. Ao meu tio e padrinho Robson, que nos foi subtraído dentro de uma instituição denominada “comunidade terapêutica”.

Ao Diogo, o astro da família. Minha Tia Dinda, Elvira, que é a minha fada madrinha. A minha Vó Cidinha pelos cuidados presentes e passados. Aos cuidados com o Biel e a sua presença intrínseca. Aos meus avós paternos, Hilda e Antônio Benedito que ainda me agraciam com suas histórias em um café com bolo no fim da tarde. Quem me dera pudessem ser eternos. Minha tia Nane, meu tio Esequias pelos olhos sempre atentos e braços sempre abertos. Ao meu primo Raphael, companheiro até à velhice.

Aos múltiplos núcleos familiares do lado paterno, que quando reunidos fazem tanto barulho quanto um ninho de pardal, que irão me perdoar por não citar um a um. Eu precisaria incontáveis páginas para descrever honrosamente o quanto todos vocês, em comunidade construíram em mim o significado de família

A todos aqueles que participaram da minha vida escolar desde a alfabetização e que até hoje me acompanham com brilho no olhar. Aos professores com quem pude contar neste processo em desenvolvimento. Desde à graduação, Fernanda Gonçalves, pela oportunidade e pela confiança. À Rosane Albuquerque por me apresentar o campo da saúde mental e a luta antimanicomial e, assim, abrir tantas portas que me ajudaram a chegar aqui.

Aos amigos da graduação, sobretudo Renata Andrade, Gabriel Itaboraí, Fabricio Leite e Alessandra Vieira.

Aos amigos de longa data. Jon, Luana e Pri.

Laryssa e Erick, dos grupos de estudos em psicanálise que passaram a ser um universo de afetos em invenção.

Tantos companheiros de luta, amigos de copo, irmãos de fé. Àqueles que dão liga à experiência coletiva.

A todos aqueles que antes vieram e pavimentaram um caminho que hoje percorro.

A todos aqueles que, mesmo sem saber, me impulsionam o desejo de seguir. Cada linha aqui escrita tem um pouco de vocês.

- Quando eu uso uma palavra - disse Humpty Dumpty num tom escarninho - ela significa exatamente aquilo que eu quero que signifique... nem mais nem menos.
- A questão - ponderou Alice – é saber se o senhor pode fazer as palavras dizerem coisas diferentes.
- A questão - replicou Humpty Dumpty – é saber quem é que manda.  
É só isso.  
(CARROLL, 1865)



## RESUMO

As instituições denominadas “Comunidades Terapêuticas” representam hoje um formato distinto de sua concepção original. Com forte representatividade no processo de Reforma Psiquiátrica inglesa, a Comunidade Terapêutica com Maxwell Jones teve grande importância num processo de reformulação da política e dos serviços de saúde mental não apenas na Inglaterra, como também experiências posteriores, inclusive no Brasil. Ao longo do tempo, a utilização do termo passou por modificações semânticas significativas, desnudando práticas discursivas e disputas de poderes hegemônicos no campo da saúde mental, atenção psicossocial álcool e outras drogas. Atualmente, as “comunidades terapêuticas” representam uma forma de abordagem às questões relativas à atenção aos usuários de álcool e outras drogas que mantem atuações manicomialis no encadeamento deste tema. No que este se refere às circunscrições sobre o significado da utilização do termo “Comunidade Terapêutica”, atualmente é mantida em um distanciamento dos pressupostos de um movimento de reforma de perspectivas predominantes que influenciam historicamente uma abordagem “terapêutica” sobre o sofrimento humano, sobretudo sua relação com o uso prejudicial de substâncias psicoativas. A violação de direitos humanos fundamentais, a moralização do discurso e das práticas de cuidado a estes sujeitos, bem como a manutenção de encarceramento de corpos e subjetividades tornam-se presente dentro de um escopo social e cultural diante da temática do álcool e outras drogas que é circunscrita pelo discurso proibicionista e punitivista da “guerra às drogas”, com atuação antagônica aos princípios do cuidado em liberdade, em comunidade, e em um conjunto de ações redutoras de danos. Neste caso, interessa a evidenciação das práticas discursivas e disputas de poderes hegemônicos que funcionam como força mantenedora de formas de funcionamento e sustentam hegemonicamente relações de poder que destinaram as “Comunidades Terapêuticas” a uma metamorfose que revela um funcionamento mercadológico que promete assistência a pessoas em sofrimento psicossocial em relação prejudicial de substâncias psicoativas pautado na violência, no discurso moral e religioso, que desencadeia um estado de suspensão direitos humanos fundamentais mantidos sob o financiamento do Estado.

Palavras-chaves: comunidades terapêuticas; reforma psiquiátrica; álcool e drogas.

## ABSTRACT

The “Therapeutic Communities” institutions today represent a format distinct from their original conception. With a strong representation in the English Psychiatric Reform process, the Therapeutic Community with Maxwell Jones had great importance in the process of reformulation of mental health policy and services not only in England, but also in subsequent experiences, including in Brazil. Over time, the use of the term has undergone significant semantic changes, denuding discursive practices and disputes of hegemonic powers in the field of mental health, psychosocial care alcohol, and other drugs. Currently, the "therapeutic communities" represent a way of addressing issues related to the care of users of alcohol and other drugs that maintain asylum actions in the chain of this theme. With regard to the circumscriptions on the meaning of the use of the term "Therapeutic Community", it is currently maintained at a distance from the assumptions of a movement of reform of predominant perspectives that historically influence a "therapeutic" approach to human suffering, especially its relationship with the harmful use of psychoactive substances. The violation of fundamental human rights, the moralization of discourse and care practices for these subjects, as well as the maintenance of imprisonment of bodies and subjectivities, become present within a social and cultural scope in the face of the theme of alcohol and other drugs that is circumscribed by the prohibitionist and punitivist discourse of the “war on drugs”, with an act antagonistic to the principles of care in freedom, in community, and in a set of harm-reducing actions. In this case, it is interesting to highlight the discursive practices and disputes of hegemonic powers that function as a sustaining force of forms of functioning and hegemonically sustain power relations that destined the “Therapeutic Communities” to a metamorphosis that reveals a market functioning that promises assistance to people in psychosocial suffering in a harmful relationship of psychoactive substances based on violence, moral and religious discourse, which triggers a state of suspension of fundamental human rights maintained under state financing.

Keywords: therapeutic communities; psychiatric reform; alcohol and drugs.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redução de Danos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBAS	Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social na Área de Educação
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFENACT	Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
DGA	Diretoria de Gestão de Ativos
DPPA	Diretoria de Políticas Públicas e Articulação Institucional
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
GSI	Gabinete de Segurança Institucional
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NT	Norma Técnica
PNAD	Política Nacional Sobre Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SENAD	Secretaria Nacional de Política sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SENAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SISCT	Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUS

Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS .....	54
Quadro 2 – Despesas liquidadas de órgãos federais responsáveis por políticas públicas sobre drogas.....	58
Quadro 3 – Articulação política a favor das “comunidades terapêuticas .....	66
Quadro 4 – Alterações na RDC 101/2011 relativas a RDC 29/2011 .....	67

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>RECONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS</b> .....	19
2.1	CONTEXTUALIZAÇÕES .....	19
2.2	CENÁRIO SÓCIO, POLÍTICO E INSTITUCIONAL DOS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	23
2.3	A COMUNIDADE TERAPÊUTICA E SUA CONCEPÇÃO ORIGINAL .....	26
2.4	A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO CONTEXTO NORTE AMERICANO .....	30
2.5	COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL.....	33
<b>3</b>	<b>DESENHANDO CAMINHOS E TRAÇANDO VIAS DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	36
3.1	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	36
3.1.1	Objetivo geral.....	36
3.1.2	Objetivos específicos.....	36
3.2	A LITERATURA COMO UM CAMPO DE PESQUISA.....	36
<b>4</b>	<b>UMA REVISÃO SOBRE ÁLCOOL E DROGAS E OS PONTOS DE CONVERGÊNCIA COM AS PROPOSTAS CONTEMPORÂNEAS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS</b> .....	44
4.1	A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS SOBRE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL.....	44
4.2	UMA NÃO TÃO BREVE RETOMADA AO PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....	48
4.3	A INSERÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL .....	51
4.4	NO RASTRO DAS ROTAS DO DINHEIRO PÚBLICO DESTINADOS À ATENÇÃO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	56
<b>5</b>	<b>A QUESTÃO METODOLÓGICA DAS “COMUNIDADES TERAPÊUTICAS”</b> .....	61
5.1	O PROCESSO DE RUPTURA COM A PROPOSTA ORIGINAL E A TENTATIVA DE CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	61
5.2	A BUSCA POR UMA IDENTIDADE .....	64
5.3	O FORTALECIMENTO DO DISCURSO RELIGIOSO .....	71

5.4	REDUÇÃO DE DANOS VERSUS ABSTINÊNCIA: VICISSITUDES DA ABORDAGEM MORAL.....	78
<b>6</b>	<b>NOVAS PROPOSTAS, VELHOS PROBLEMAS: NAS TRINCHEIRAS DO CAMPO DO ALCOOL E OUTRAS DROGAS .....</b>	<b>81</b>
6.1	A VIOLÊNCIA COMO PARTE VISCERAL DAS SUPOSTAS “COMUNIDADES TERAPÊUTICAS” BRASILEIRAS.....	81
6.2	AS “COMUNIDADES TERAPÊUTICAS” INSERIDAS NA “POLÍTICA DE GUERRA ÀS DROGAS” .....	87
6.3	UMA LINHA TÊNUE ENTRE LABORTERAPIA, IMPOSIÇÃO AO TRABALHO E VIOLAÇÃO AOS DIREITOS ESSENCIAIS: TORTURA E CONDIÇÕES DE TRABALHO ANÁLOGAS À ESCRAVIDÃO .....	92
<b>7</b>	<b>ANTINOMIAS ENTRE AS CONCEPÇÕES DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....</b>	<b>95</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>100</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>105</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As recentes mudanças no modelo de assistência no campo da saúde mental e aos usuários de álcool e de outras drogas privilegiam os estabelecimentos intitulados “comunidades terapêuticas” na rede de atenção às pessoas em sofrimento psíquico e em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Diante das muitas denúncias publicadas nos últimos anos, tais instituições representam uma crítica ameaça aos direitos conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pela Luta Antimanicomial que, instituíram há mais de três décadas, o campo da Atenção Psicossocial, que tiveram como objetivo a reformulação da assistência às pessoas em sofrimentos psíquico.

O modelo de assistência advinda das Reformas Sanitária e Psiquiátrica ao trazer novas perspectivas de cuidado àqueles que antes eram excluídos social, econômica e geograficamente, possibilitou não apenas uma maior atenção para as questões clínicas do paciente, mas um olhar abrangente sobre a saúde e bem estar biopsicossocial dos sujeitos (Amarante e Nunes, 2018). Um dos principais focos era a possibilidade de não tratar de maneira violenta e excludente aqueles que sofrem psicicamente ou estão em situação de uso prejudicial de substâncias psicoativas, sendo esta uma resposta à crise do modelo tradicional da psiquiatria.

A Comunidade Terapêutica surgiu na Inglaterra, no contexto entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial, como um desdobramento das crises sociais, políticas e econômicas da época que evidenciaram a falência das instituições psiquiátricas tradicionais como forma de atenção aos sujeitos em sofrimento, falência esta evidenciada por uma crise teórico-conceitual que colocava em xeque, inclusive, o objeto de saber da psiquiatria (Birman e Costa, 1994). Este modelo influenciou, por consequência, movimentos de reforma em países como os Estados Unidos e Itália. O modelo asilar era então combatido com tentativas de inserir a comunidade nos processos de cura destes pacientes, modificando de forma primeira toda a organização no interior dos asilos, trazendo os pacientes para uma posição mais ativa dentro da instituição e de seu próprio processo terapêutico, tendo este movimento um papel muito importante na criação de concepções de grupo operativo, grupo terapêutico, psicoterapia de grupo, do trabalho como ferramenta de integração social. Também eram incentivadas a participação dos familiares no tratamento dos pacientes e a retirada paulatina do hospital como único recurso possível do tratamento efetivo (Duarte, Fernandes e Rodrigues, 2000).



Cabe já de início destacar que a escolha do uso das aspas como recurso gráfico é empregado para ressaltar uma alteração semântica do termo desde as suas concepções originais até sua mais atual utilização. Sobretudo no contexto brasileiro, esse uso entre aspas é uma forma de registro textual, utilizando recursos gramaticais que servem de apoio para enfatizar uma mudança discursiva que circula os saberes em torno da aplicação contextualizada do termo “comunidade terapêutica”, evidenciando sua não homogeneidade. Também será utilizado o termo Comunidade Terapêutica em letras maiúsculas e no singular – como utilizada na obra de Maxwell Jones - nos momentos em que, durante o texto, estiver sendo falado sobre as Comunidades Terapêuticas em sua concepção original, e como uma expansão de trabalhos inspirados na experiência inglesa. Esta diferenciação, em um segundo momento, servirá para estabelecer uma comparação entre o uso dos termos e de seus significados associados. Também vale destacar a não utilização de siglas e abreviações como “CT” e “CTs” para destacar a dificuldade de aglutinação destas tantas variações semânticas em um único vocábulo, por ser contrária a proposta de desembaraçar tais significado nesta investigação.

Este termo foi utilizado pela primeira vez por T. H. Main em 1946 para denominar seu trabalho desenvolvido no Monthfield Hospital, em Birmingham, juntamente com Bion e Rickmann (Birman e Costa, 1994). O termo, entretanto, é fortemente associado ao trabalho de Maxwell Jones (1972) que, influenciado pela psiquiatria comunitária inglesa, cunhou o termo Comunidade Terapêutica. Uma vez que Basaglia (2005) indicou que a Comunidade Terapêutica deve servir como um dispositivo para a desinstitucionalização e não uma atividade-fim, que tem a proposta de transformar o manicômio em um lugar de tratamento propriamente dito, cabe compreender como as Comunidades Terapêuticas ganharam um outro significado no cenário contemporâneo, visto que aquilo que o autor qualificou como disposto de desinstitucionalização acabou engendrando, posteriormente, mecanismos de exclusão.

Este movimento foi de grande importância para as primeiras tentativas de desmonte dos manicômios e de retirada dos pacientes institucionalizados do tratamento asilar. As percepções sobre as Comunidades Terapêuticas repercutiram também aqui no Brasil, sendo elas utilizadas como proposta de modificação da configuração tradicional dos hospitais psiquiátricos. Porém, esta forma de atuação tem como um de seus objetivos descentralizar o poder do interior das instituições, na tentativa de tornar o ambiente hospitalar de fato parte do tratamento, propondo uma democratização do espaço terapêutico. Esta proposta de mudança não agradou parte da classe trabalhadora destas instituições, sobretudo a classe médica psiquiátrica, o que juntamente com algumas lacunas teórico conceituais, fez com que este movimento aos poucos se dissolvesse (Duarte, Fernandes e Rodrigues, 2000).

Sendo parte desta investigação, a mudança que ocorreu na proposta original de Comunidade Terapêutica que versava de acordo com a premissa do cuidado em liberdade para as “comunidades terapêuticas” hoje existentes no cenário brasileiro que são, muitas vezes, orientadas por um discurso moral religioso que retira dos sujeitos inseridos neste tipo de “tratamento” a cesso a direitos fundamentais, tornando-se uma nova espécie de mercado manicomial. Estabelecer um comparativo entre as interrelações conceituais dos diferentes modos de compreensão do termo “comunidade terapêutica”, hoje, se trata de um desafio prático, teórico e conceitual que servirá, posteriormente, para a manutenção da luta a favor dos direitos daqueles que sofrem inseridos em um modelo de “cuidado” potencializador de sofrimentos.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas tem sido atravessada por um processo de (re)manicomialização, como descrito por Passos et al., (2020) fruto da onda conservadora que se fortalece a partir do golpe parlamentar contra a presidente Dilma, mas que se evidencia no campo da saúde mental desde 2010. Os retrocessos acerca das políticas públicas em saúde mental também sofreram sanções administrativas que redirecionaram os investimentos em saúde, bem como voltaram a maior parte dos gastos públicos para instituições como as “comunidades terapêuticas”, e menor investimento de verbas destinadas à atenção básica e aos Centros de Atenção Psicossocial. Desde 2017, o modelo político e gestor de caráter neoliberalista que se consolidou no poder tendia seguir lógicas de mercado e destinar maiores investimentos ao setor privado e a modelos de cuidado que trazem de volta práticas da psiquiatria tradicional (Passos et al., 2020).

Diante da mudança de prioridades orçamentárias, nas quais há um incentivo às “comunidades terapêuticas” como espaços de cuidado, a admissão de casos relacionados ao abuso de substâncias também passou a ser feito por estes estabelecimentos (Pinho, 2019). Em tempos de tensões político/econômicas, é evidenciada a necessidade de investigar atentamente os inevitáveis reflexos na qualidade da promoção dos cuidados e seus impactos no funcionamento pleno dos serviços de cuidados em saúde mental, assim como o crescente papel das ditas “comunidades terapêuticas” como modelo de instituição a receber casos em que são agudizados os sofrimentos psíquicos, sendo interpretadas como situações que apresentam risco à vida, advindos ou não do abuso de substâncias psicoativas (Ribeiro e Minayo, 2015).

Voltar os olhares para o direcionamento da atenção destes casos às denominadas “comunidades terapêuticas” torna-se interessante em um cenário onde as mesmas são colocadas em lugar de importância frente a interrelação entre os campos da saúde, segurança, assistência social e justiça, bem como fomenta a necessidade de melhor compreender as circunstâncias que

levaram tais estabelecimentos a ter as características que apresentam nos dias de hoje e a quais interesses acabam por privilegiar desta forma.

Trilhar os percursos que influenciaram suas transformações desde os seus modelos originais até os atuais também atravessa um exercício de compreensão das condições sociais, políticas, econômicas, culturais e discursivas que circundam tal denominação. E esta busca, proposta na presente pesquisa, será guiada pelo olhar foucaultiano sobre a construção arqueológica e genealógica dos saberes construídos acerca das denominadas comunidades terapêuticas atuais frente a Comunidade Terapêutica em sua concepção original. Segundo Baptista, Borges e Matta (2015) é preciso que seja minuciosa a atenção à singularidade dos acontecimentos, reconhecendo-os sem que haja a necessidade de entendê-los de forma homogênea, para que seja possível fazer a diferenciação de fios que pertençam a esse emaranhado de níveis e forças de forma que seja possível reconstituir este percurso.

Em consonância com a análise recomendada por Foucault (1972), a investigação deverá ser feita passando os conhecimentos ditos universais pela lente da prática, uma procura pelas regras que organizam discursos enquanto práticas complexas, e não como um binarismo entre correto e incorreto, ou entre verdadeiro e falso. Em consonância com o autor, historicamente, as práticas de cuidado em saúde modificaram-se de acordo com as necessidades sociais frente aos problemas oriundos das formas de adoecimento e às estruturas de poder vigentes, ocasionando constantes reformulações decorrentes das relações entre os indivíduos, bem como entre sociedade e território. As formas de doutrinação das massas e de discursos que marcaram um funcionamento de intervenção sobre os corpos e as propriedades que modularam, ainda, a expansão do conhecimento como um todo, tendo fortes influências sobre o conhecimento médico.

Este olhar sobre os saberes produzidos no processo de investigação de seus objetos, não como verdades propriamente ditas, mas, como estruturas discursivas a serem esmiuçadas, revisando cada um dos aspectos postos em discussão, será o ponto de orientação para a presente investigação. A compreensão sobre o “como” e sobre o “porque” estes saberes são construídos e passam a ter relevância na sociedade são, segundo Machado (1979), os pontos principais da investigação arqueogenealógica e, segundo Baptista, Borges e Matta (2015), a arqueologia foucaultiana não se trata de “um molde ou formato de pesquisa, mas um conjunto de questões que se apresentam como ponto de partida e que rejeitam o que é tomado como certo ou verdade, normal ou dado” (p, 154). A legitimação do poder através do discurso ordena práticas e produz efeitos, adequando a obtenção da verdade que interessa ao poder vigente (Foucault, 1971).

Aproveitando este caminho, é interessante também investigar as formas de compreensão destes lugares que têm como nome “comunidade terapêutica” frente às atuais propostas de cuidados em saúde mental atenção psicossocial, álcool e outras drogas no crítico cenário brasileiro que passa uma série de redistribuições orçamentárias que recentemente transformou as “comunidades terapêuticas” em prioridade (Pinho, 2019), e também compreender qual o papel assumido por esses estabelecimentos nas práticas atuais, dadas as suas características singulares diante do fenômeno do sofrimento mental e psicossocial que remetem às práticas que são combatidas pelos pilares das Reformas Psiquiátricas. Assim sendo, o estudo proposto tem como finalidade a contribuição para um olhar aprofundado à construção epistêmica das ditas “comunidades terapêuticas” e às operacionalizações atuais das mesmas no contexto brasileiro.

## 2 RECONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÕES

As “comunidades terapêuticas” no Brasil, por serem instituições regulamentadas por lei, por comporem a política pública de drogas do país e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, por receberem verba pública para seu funcionamento, necessitam de atenção sobre seus modelos e práticas, bem como sobre a capacidade da assistência proposta aos usuários. O impacto do redirecionamento dos cuidados em saúde mental proposto nos últimos anos, integrando-as à Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, aponta para o retorno de práticas que perdiam força nas últimas décadas. A luta pela mudança do paradigma psiquiátrico, do estigma, do preconceito e da discriminação às pessoas em sofrimento mental e usuários de álcool e de outras drogas gerou impactos no acesso desta população aos serviços de saúde, proporcionado pelo redirecionamento de recursos e pela reorientação dos cuidados em saúde mental, assim como a insistente tentativa de mudança social frente à loucura.

De acordo com as novas pactuações acerca da articulação de setores da esfera pública, o enfraquecimento deliberado de todo trabalho social construído pelo movimento de reforma sobre o paradigma psiquiátrico torna os dispositivos de acolhimento de casos agudizados, ou a retomada de financiamento expressivo em leitos de internação, os principais serviços a serem financiados com verba pública dentre os serviços oferecidos pela RAPS, delineando assim os recursos financeiros no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o acolhimento do sofrimento psíquico e situação de uso abusivo de substâncias psicoativas. A intervenção contínua dos princípios fundamentais do movimento de reforma psiquiátrica brasileira pode ser compreendida como uma tentativa de ruptura à oferta de cuidado oferecida nos serviços que estejam de acordo com o modelo da psiquiatria tradicional e, em diferentes momentos adquiriu como uma de suas faces a ação de transformação cultural.

Neste sentido, Segundo Petuco et al (2023), embora a RAPS apresente um seguro modelo assistencial com eixos estruturados pela rede que devem trabalhar de forma articulada intersetorialmente, garantindo um fluxo assistencial seguro, além da autonomia e protagonismo dos usuários, este modelo não foi configurado como realidade na maioria dos territórios e diz:

Isso porque, como nos ensinam os amigos italianos, a carta não canta e é preciso mais que portarias e legislação para mudar as formas de cuidado em um país cujos problemas estruturais como o racismo, machismo, sexismo, desigualdades sociais, não foram debelados em sua raiz. O discurso ainda vigente, em que pese os avanços

feitos na política e na constituição das redes, ainda está muito sustentado na ideia da internação via modelo biomédico hegemônico (Petuco *et al*, 2023, p. 17).

A atenção a estes sujeitos, a partir dos exemplos contemporâneos de atuação proposto pelas “comunidades terapêuticas” contemporâneas no contexto brasileiro torna evidente a necessidade de compreender a implementação destes estabelecimentos que divergem do como foram constituídas em suas concepções originais frente as suas atuais formatações, bem como a suposta experiência de cuidado oferecida apresentam uma discrepância fundamental. Pensada como uma estratégia para saída do modelo manicomial, hoje pode ser uma ferramenta para a criação e manutenção de formas de lidar com o sofrimento psicossocial que podem vir a ser orientadas por discursos e atitudes discriminatórias e violentas (Ipea, 2017), tornando estes estabelecimentos um ambiente de práticas manicomiais e de reforço ao estigma da loucura.

A importância da discussão sobre as formas de cuidados aos sujeitos em sofrimento mental e seus modelos de assistência são há muito discutidos e até os dias de hoje asseguram seu lugar de destaque. Neste caminho, ao aprofundar a investigação a este respeito é possível encontrar, em primeira ordem, uma diferenciação notória sobre a utilização do termo “comunidade terapêutica” para denominar um certo tipo de estabelecimento que recebe, no contexto brasileiro, não somente usuários de álcool e outras drogas, mas também diversos outros sujeitos em sofrimento psíquico e em lugar de exclusão social, como o já conhecido modelo manicomial.

Esses espaços intitulados “comunidades terapêuticas” apresentam hoje um caráter excludente e violento, tal como aponta o relatório do CFP (2018):

Cada um dos exemplos ratifica o perfil desses espaços como expressão contemporânea de segregação. À margem das normas, vêm sendo utilizados como mecanismos para afastar pessoas – e seus problemas – do convívio social, em franco desacordo com o espírito da Constituição Federal de 1988 que, como argumentamos na introdução deste relatório, determina a inclusão cidadã de todos e todas, respeitadas as especificidades de pessoas e grupos. (CFP, 2018, p 136).

Ao aprofundar a leitura a respeito da história da luta pelos direitos em saúde e sobre os processos de Reforma Psiquiátrica, é possível conhecer o movimento da Comunidade Terapêutica inglesa que rapidamente podem ser confundidas. A igualdade entre os termos esconde um hiato de significados e de procedimentos que, mesmo com um não muito aprofundado estudo sobre o tema, é possível perceber que embora tenham o mesmo nome, não se trata da mesma experiência, sobretudo no que diz respeito à prática cotidiana nelas existentes. De acordo com a análise arqueogenealógica de Foucault, é possível estabelecer um comparativo entre as formações discursivas de cada contexto determinando uma trajetória mais ampla deste

processo, procurando estabelecer suas diversas configurações arqueológicas, refinando as noções de seus princípios e organizações.

A crise no campo teórico-conceitual que impulsionou mudanças no campo prático da psiquiatria culminou em reformulações sobre os serviços assistenciais aos sujeitos ditos doentes mentais. A crise econômica e política emergente nos cenários da Primeira e Segunda Guerra Mundial impulsionou mudanças sobre os cuidados em saúde e, por consequência, trouxe importantes mudanças no cenário da saúde mental e assim propiciou o surgimento da Comunidade Terapêutica. No Brasil, a crise social provocada pelo período da ditadura militar brasileira impossibilitou a implementação da Comunidade Terapêutica e, do mesmo modo, fez com que essas intervenções perdessem força por trazerem mudanças hierárquicas dentro dos hospitais psiquiátricos e, utilizar de seu principal recurso a integração social entre pacientes, familiares, profissionais, ou seja, toda a sociedade.

Estudar a complexidade deste tema e de seus desdobramentos sobre as noções do tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico e social, assim como sobre a implementação de dispositivos substitutivos aos manicômios como ferramenta de manutenção na mudança de um paradigma, a investigação sobre a possibilidade da emergência de discursos que induzam a retomada aos modelos de serviços que reforçam formas de violência no trato com as questões oriundas de sofrimento psíquico fomenta a possibilidade de manutenção dos avanços conquistados até então, abrindo possibilidade para conter o que já pode ser pensado como movimento de contrarreforma (Pinho, 2021). A utilização do termo “comunidade terapêutica” longe do significado a ele atribuído e próximo a retomada de modelos que valorizam práticas de exclusão, violência, discriminação, acrescido do fortalecimento do modelo biomédico e medicalizante se apresenta com urgência como tema de estudo e de luta para que estes não sejam novamente parte das supostas relações de cuidado às pessoas que sofrem psíquica e socialmente.

Desta forma, a compreensão das práticas socialmente aceitas de atenção aos pacientes em sofrimento psíquico e em uso de álcool e outras drogas a partir do atual modelo político e assistencial proposto, torna evidente a necessidade de delinear a os discursos que envolvem, descrevem, delineiam e nomeiam estabelecimentos denominados “comunidades terapêuticas” na atualidade pois as mesmas assumem o papel de prestar atendimento à população, sendo privilegiadas, inclusive, com verba pública. Assim este estudo visa entender as possíveis consequências de reinserir estes modelos de serviços que pode ser orientado por discursos e atitudes discriminatórias, tornando estes serviços um ambiente de práticas manicômiais e de

reforço ao estigma utilizando, ainda, o nome de um importante movimento de desmontagem da estrutura asilar característica da psiquiatria tradicional.

Cavalcante (2019) afirma que a experiência brasileira de “comunidades terapêuticas”, a partir dos anos de 1970, assemelha-se a experiência estadunidense por apresentar forte influência religiosa e apelo à reforma moral, porém, Birman e Costa (1994) não mencionam tal característica religiosa no contexto estadunidense. Para Machado (1981), os procedimentos utilizados no interior dos hospícios e nas práticas do tratamento moral que Foucault evidenciou tinham como prática a criação do hábito da regularidade, da responsabilidade, da culpa, da obrigação através da imposição do trabalho, do medo e da religião, investidos na produção da autocontenção acrescida a figura do médico como a autoridade mais importante nos asilos. Estas comparações entre as narrativas dos principais autores sobre as “comunidades terapêuticas” contemporâneas no cenário brasileiro em comparação a Maxwell Jones e a Comunidade Terapêutica auxiliarão na descoberta de diferentes formas de perceber este mesmo fenômeno.

Aqui, as instituições denominadas “comunidades terapêuticas” assumem também o papel de implicar aceitação dos usuários e dos familiares à religião praticada na instituição assim como toda a doutrina exercida, havendo pouca ou nenhuma valorização da autonomia e envolvimento da família no “tratamento”. Tal fato pareceu se confirmar no cenário brasileiro de acordo com a Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017) que também verificou violações de direitos dos usuários e seus familiares nesses dispositivos.

Isto posto, compreender de que formas as supostas “comunidades terapêuticas” são inseridas no atual modelo de atenção ao sofrimento psicossocial advindo ou não da relação prejudicial com álcool e outras drogas passa, no cenário brasileiro atual, pela necessidade de compreender arqueologicamente as construções acerca dos modelos de “comunidades terapêuticas” que se desdobraram na operacionalização do atual modelo. Estudar os caminhos que levaram a saúde mental brasileira à sua realidade atual, para o seu desenvolvimento neste curso, requer um exercício de compreensão não somente sobre a história das instituições denominadas “comunidades terapêuticas” de forma ampla e das lutas pelos direitos em saúde, mas compreender de que forma modificaram a si próprias frente as estruturas sociais e suas formas de oferta e acesso aos serviços de saúde, pois os modelos assistenciais de saúde são correspondentes a um tipo de “visão de mundo”, correspondendo ao modo como uma época compreende o processo saúde-doença (Gomes et al. 2015).

Entender os caminhos percorridos historicamente que nos trouxeram até o modelo vigente que circunda os cuidados em saúde é, sobretudo, corroborar para novas perspectivas



neste campo que, bem como a sua história traduz, está sujeita a constantes modificações pela complexidade da organização e entendimento das formas de existir. Tendo em vista as formas de sofrimento que a produção neoliberal construiu através do discurso de suas origens morais e econômicas, que tenta induzir a visão do sujeito autônomo e responsável por si e tirando do Estado a obrigatoriedade dos cuidados relativos à saúde da população, a intervenção social acentuada nas produções de conflito tensionadas pelo neoliberalismo é, de muitas formas, uma tentativa de manter em um grau de superioridade alguns sujeitos em função de outros (Andrade, Carvalho e Oliveira, 2022)

Na busca de ascensão da livre-iniciativa e da liberdade como empreendedorismo, é canalizada nos indivíduos a competência de gerenciar sua existência e a proposta de que o Estado deva intervir com a intensão de despolitizar a sociedade para que possa ser alcançada a autonomia necessária de ação da economia, mais uma vez coloca em questão o papel do Estado na regulação da vida social, sedimentando a desproporção de poder e força das classes privilegiadas. Assim, todo o campo da Saúde Coletiva se movimenta na contramão da ascensão de modelos econômicos atuais, servindo como importante ferramenta para a luta do direito universal à saúde e para a construção de uma Saúde Pública equânime.

## 2.2 CENÁRIO SÓCIO, POLÍTICO E INSTITUCIONAL DOS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

A psiquiatria, desde o seu surgimento, no final do século XVIII, nascera como uma disciplina médica que orienta a terapêutica dos então ditos distúrbios mentais e tinha em seu campo de cientificidade o estudo das doenças e das indicações de sua suposta instrumentalidade curativa e, em sua própria definição, bem como em seu recorte de objeto de conhecimento, o campo “mental” abrange tão somente uma das possíveis formas discursivas e construção de saberes possíveis a respeito da loucura (Foucault, 1972). Na modernidade, a psiquiatria passou por transformações onde foram alterados de forma substancial o seu objeto teórico e prático. Tratou-se de uma mudança que evidenciava o conflito entre duas formas distintas de perceber o mesmo fenômeno, contrapondo as nomenclaturas “doença mental” e “saúde mental” que em sua relação antagônica que revela uma percepção crítica entre um saber pelo qual se define um objeto que a identificara anteriormente e um saber que se estabelece em torno de um novo objeto.

Segundo Joel Birman e Jurandir Freire Costa (1994), esta mutação em seu campo epistemológico evidenciava a relação dicotômica entre saúde e doença, que foram vividas em seu limite posteriormente, sobretudo do ponto de vista da ação médica que, nas suas formas de atenção pública e privada, perpassando os planos jurídico e científico, se estabelece como uma categoria profissional assalariada e sua relação com o paciente se torna:

[...] cada vez mais regulada por uma instância supraclínica que estabelece a estrutura fundamental do ato terapêutico, definindo o espaço em que vai transcorrer, nos seus detalhes e nos seus gestos. Entre o médico e o enfermo intervém um organismo regulador, que paga o médico, define o tempo e a periodicidade das consultas e os recursos que devem ser empregados (Birman e Costa, 1994, p. 42).

Os autores discorrem que, neste contexto de crise no cenário prático e epistemológico estabelecido na prática clínica médica contemporânea e de acordo com os pressupostos de A. Meyer, que foi o primeiro a discutir sobre a enfermidade mental como uma forma de desadaptação social ou uma reação a situações ambientais conflitivas, indo de encontro com a perspectiva que tendia a justificar as ditas doenças mentais como fenômenos orgânicos e biológicos.

Utilizando ainda as orientações metodológicas propostas por Birman e Costa (1994) que explicita uma crise na psiquiatria tradicional que possibilitou novas formas de pensar a loucura, as duas grandes Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade pensasse a respeito de si e suas próprias construções (Amarante, 2007) e as possíveis alternativas à psiquiatria tradicional se intensificaram no período seguinte à Segunda Guerra Mundial.

Neste contexto histórico, em seus momentos iniciais, os movimentos de reformas psiquiátricas propiciaram a origem das Comunidade Terapêutica inglesas e estadunidenses e da Psicoterapia Institucional francesa. Estas apontavam como fracassado o modo de gestão dos tradicionais hospitais psiquiátricos e apontavam como solução mudanças em seu modelo de funcionamento (Amarante, 2007).

Dentro desse escopo, a Psicoterapia Institucional, na França, a partir do trabalho de François Tosquelles, preconizava que a melhor reformulação das instituições psiquiátricas, sobretudo os ambientes hospitalares, seria o caminho para superar o passado da psiquiatria. Entendia também que tais estruturas passaram por um processo de adoecimento e questionava a instituição psiquiátrica como um espaço de segregação (Amarante, 2003). Para que a instituição psiquiátrica se tornasse um ambiente terapêutico, seria necessário que passasse por uma mudança de dentro para fora, priorizando, assim, as relações institucionais (Vertzman et. al., 1992).

Posteriormente, a Psiquiatria Social que se transforma em Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos e a Psiquiatria de Setor na França fazem parte de um grupo de movimentos que criticavam o modelo hospitalar e defendiam a criação de serviços assistenciais fora do contexto hospitalar que enfraqueceria, por consequência, a sua importância. E, de forma mais contundente, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática duvidam do mérito científico da psiquiatria e de suas instituições assistenciais (Amarante, 2007).

A Psiquiatria de Setor também teve sua origem na França, no período seguinte a Segunda Guerra Mundial, e foi instituída como política de Estado na década de 1960, pensando não apenas a terapêutica e as instituições, mas o próprio meio social do paciente, como campo de atuação da psiquiatria, dividindo o território geográfico em setores aonde equipes técnicas seriam responsáveis pelo atendimento (Amarante, 2007).

Já nos Estados Unidos, também pelos idos dos anos 1960, a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, propunha a substituição do objeto doença mental para saúde mental. Incentivada pelo presidente estadunidense Kennedy, tinha como proposta tratar e evitar as doenças e trazia consigo conceitos básicos que iam em direção à Saúde Pública como a História Natural da Enfermidade, visando a detecção precoce de situações de crise e sua resolução antes da possibilidade de chegada ao ambiente hospitalar, através da rede de serviços comunitários criados por todo país.

A Psiquiatria Comunitária, envolve um conjunto de discussões que englobam, dentre elas, a organização das instituições voltadas para a assistência à população, tendo a saúde mental como objeto da psiquiatria moderna e a comunidade como campo de intervenção da mesma. Assim, visa o processo de adaptação social possibilitada pela promoção da Saúde Mental e, com isso, traziam à tona a questão das estruturas assistenciais e suas transformações.

Neste mesmo período, no território inglês, a Antipsiquiatria tomava espaço através do trabalho de Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, que questionavam a capacidade da psiquiatria tradicional frente as questões relativas ao sofrimento mental, trazendo uma contestação radical deste saber frente as instituições psiquiátricas, as experiências dos sujeitos ditos loucos, colocando-se contra a doença mental como objeto natural da psiquiatria, e trazendo o ambiente social como parte determinante da experiência de adoecimento (Amarante, 2003).

A Psiquiatria Democrática Italiana, a partir do trabalho iniciado pelo médico Franco Basaglia em Gorizia, propôs a superação do aparato manicomial entendendo que esta estrutura está para além dos espaços físicos, dos aparatos científicos, sociais jurídicos e legislativos. A existência de um lugar de violência e segregação no trato para com as pessoas em sofrimento

psíquico evidenciava uma estrutura social que mantinha tal operacionalização e requeria um maior investimento em uma criação mais ampla de bases que sustentassem o movimento de reforma (Amarante, 2003).

### 2.3 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA E SUA CONCEPÇÃO ORIGINAL

Das tentativas de transformar o ambiente hospitalar em terapêutico, a Comunidade Terapêutica propõe introduzir mudanças no hospital psiquiátrico. Como condições que tornaram possíveis os seus objetivos, Birman e Costa (1994) destacam, primeiramente, a Terapêutica Ocupacional – ou terapia ativa – de Herman Simon (1929) que, embora muito criticado em sua época, propôs que os pacientes assumissem uma postura ativa nos processos de cuidado uns com os outros e do ambiente. A Terapêutica Ocupacional foi então inserida como mais uma terapêutica que fora “aceita, mas mantida de forma marginal” (p. 47). Os autores citam ainda que Simon se tornou o primeiro precursor da Comunidade Terapêutica pois, anos depois, quando este modelo se estabeleceu na Inglaterra, tal funcionamento foi resgatado. Além de se tornar o ponto de partida para o movimento francês de Psicoterapia Institucional inflamado por um grupo de psiquiatras trabalhadores do hospital Saint-Alban. Essa prática teve como principal personagem François Tosquelles a denominava como Coletivo Terapêutico, porém, ficou conhecida internacionalmente, de fato, como Psicoterapia Institucional.

Os autores também descrevem o trabalho de Sullivan (1931) como uma das experiências precursoras da Comunidade Terapêutica porque em seu trabalho, Sullivan voltou o tratamento para a integração dos pacientes em sistemas grupais, tirando o foco do tratamento individual, valorizando a perspectiva do inter-relacionamento entre grupos. A terceira experiência citada é a de Menninger (1937), que em sua clínica também utilizava a formação de grupos como aposta na ressocialização.

Durante o período da Segunda Guerra Mundial, muitos militares precisaram ser afastados de seus postos por consequência das severas experiências vividas na frente de batalha e eram internados nos hospitais psiquiátricos militares que privava do combate um grande número de homens treinados. Birman e Costa (1994) se referem a Bion e Rickmann como responsáveis pela direção do hospital militar Monthfield Hospital em Birmingham, Inglaterra, que decidem, frente a superlotação do hospital e a necessidade de lidar com problemas disciplinares dos pacientes, reestruturar o funcionamento deste serviço formando grupos de

discussões e de atividades para que fossem retirados do estado de inércia, criando assembleias gerais, reuniões diárias entre médicos e pacientes.

Bion registra, em seu trabalho, uma efetiva melhora em seus pacientes que os possibilitava um rápido retorno aos seus postos na guerra (Bion, 1970, apud Birman e Costa, 1994). Menninger, nesta época, nos EUA, se deparava com o mesmo problema e, assim como Bion e Rickman, utilizava a formações de pequenos grupos de enfermos visando, a partir desta experiência, a reintegração dos mesmos para possibilitar um rápido retorno aos campos de batalha. Esta experiência se estendeu até o período pós-guerra e Menninger utilizou a mesma estratégia em soldados marginalizados da sociedade civil por sofrerem com sequelas emocionais das experiências vividas em guerra (Birman e Costa, 1994).

O fim da guerra e as críticas advindas desse período sobre o que há de mais solidário igualmente o que há de mais hostil na humanidade, colocaram em pauta a forma de tratamento aos entendidos como doentes mentais, que viviam condições análogas aos dos campos de concentração (Amarante, 2007). Contando com uma crítica à estrutura asilar, sendo ela vista como o elemento responsável pelo alto índice cronicidade e períodos de longa permanência nas instituições e que trazia como consequência a incapacidade social do doente, os primeiros movimentos contrários às práticas da psiquiatria tradicional emergiram e redimensionam o campo teórico e assistencial da psiquiatria (Birman e Costa, 1994).

Este cenário propiciou o fortalecimento do movimento da Comunidade Terapêutica na Inglaterra, que passaram a ter como propósito humanizar, democratizar e desmedicalizar as formas de cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, tornando-o parte de seu próprio processo e do espaço que ocupava e, por isso, possibilitava o desmonte de uma estrutura manicomial estabelecida nos desdobramentos da construção do saber psiquiátrico. Esta crítica começa dentro dos asilos e paulatinamente alcança a cidade, trazendo a comunidade/sociedade para o processo de “adoecimento e cura” dos sujeitos.

Neste período de forte instabilidade política e socioeconômica mundial, sobretudo no continente europeu, mudanças no cenário político global se estabeleceram como forma de regular o desequilíbrio provocado pela guerra. Mesmo ela não sendo a causa primeira deste desequilíbrio, uma guerra pela nova partilha de poder se estabelece e daí emergem os Estados Unidos da América como grande potência mundial no ponto de vista político, econômico e militar. Birman e Costa ainda discutem que, no campo da saúde, começa a surgir a noção de que o Estado tem o dever de garantir que “todos os homens têm o direito de gozar de boa saúde como um bem básico” (p. 46). Os mesmos autores descrevem o ano de 1942 como um marco

na medicina moderna com a criação do plano Beveridge na Inglaterra, que foi utilizado como modelo de reorganização do sistema de saúde de vários outros países.

O trabalho de Birman e Costa (1994) também aponta que, neste contexto, foram criados o National Health Service e o Disabled Persons Act na Inglaterra, assim como a Segurança Social da França em 1945. Como resposta à luta pelos direitos civis e pelos cuidados em saúde, não era possível mais estabelecer uma postura acrítica ao modelo manicomial e uma série de movimentos que foram denominados de Reforma Psiquiátrica.

Segundo Amarante (2007) é nesse contexto que surge o termo “psicossocial”, publicado no livro *Psychosocial Medicine* de James L. Holliday publicado no ano de 1948, onde eram associadas as transformações sociais e o psiquismo. Neste mesmo cenário se desdobram as discussões sobre o papel da equipe médica, não médica, dos pacientes e de seus familiares no contexto da internação, inclusive, surgem assim as Terapias de Família (Birman e Costa, 1994).

No ano de 1959, a Comunidade Terapêutica recebeu maior sistematização após tornar-se mais conhecido o trabalho de Maxwell Jones que, com isso, ocupara o lugar de maior reconhecimento como autor e operador deste modelo (Amarante, 1995). Jones organizava grupos operativos, grupos de discussão, grupo de atividades, tudo isto para incluir o enfermo da forma mais extensa possível em seu próprio processo terapêutico e do processo terapêutico dos demais, tirando a exclusividade desta função do corpo técnico e redistribuindo de forma sistematizada a todos os envolvidos, incluindo os familiares que, com estas experiências, eram estimulados a readaptar-se ao convívio com seus familiares adoecidos. Também é importante destacar que, frente a carência de profissionais nestes estabelecimentos, a participação coletiva tanto na terapêutica dos pacientes, quanto no cotidiano da instituição veio a calhar, compartilhando a gestão do estabelecimento com o coletivo.

De acordo com Jones (1972), o tratamento de forma grupal dos pacientes possibilita realizar esta experiência como se este conjunto de pessoas fizessem parte de um único organismo psicológico. O termo “aprendizagem ao vivo” passa a ser utilizado pelo autor para descrever a experiência de analisar os comportamentos diante das experiências cotidianas do hospital, incluindo as situações conflituosas. Demonstra assim que, o processo de aprendizagem com o auxílio dos outros é descrito como uma forma inovadora de superar as dificuldades cotidianas, revelando o potencial terapêutico destas experiências.

O trabalho de Jones marcou o processo de reforma paradigmática inglesa delineando uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade por demonstrar que era possível tratar os sujeitos adoecidos fora do manicômio, definindo a estrutura social da Comunidade Terapêutica como equipe, pacientes e seus parentes, contando com a liderança quase sempre

ocupada pela figura do psiquiatra, e que, aos poucos seriam substituídos por um grupo de líderes representantes de outras disciplinas profissionais. Esta liderança exercia a função de uma autoridade superior que propiciava a comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes, encorajando a expressão de sentimentos, valorizando uma organização social democrática e igualitária, diferente do modelo tradicional dos hospitais psiquiátricos (Amarante, 1995).

Esta experiência foi relatada numa publicação em 1946 no *Boletim of the Menninger clinic* (Basaglia et al., 1994). Ainda segundo o autor seria a Comunidade Terapêutica de Jones uma importante ferramenta para descentralizar o poder exercido durante tanto tempo pela psiquiatria tradicional, como cita a seguir:

Nesse sentido, nossa ação atual tem de ser uma negação que, nascida como reviravolta institucional e científica, conduz à recusa do ato terapêutico como resolutor de conflitos sociais, que não podem ser superados mediante a adaptação de quem os sofre. Os primeiros passos dessa reviravolta efetuaram-se, portanto, por meio da proposta de uma nova dimensão institucional que definimos, no início, como uma comunidade terapêutica. (Basaglia, 1994, p. 104-105).

Esta abertura de possibilidade de incluir a família no tratamento do usuário, bem como a tentativa de inserção do mesmo e todos aqueles que estão envolvidos neste contexto abriria a possibilidade de aproximação com a realidade dos usuários na medida que o trabalho da Comunidade Terapêutica sinalizava condições de vida aos sujeitos institucionalizados e assim, a sociedade a assumir lugares antes até então dispensadas a ela (Gomes, 2006).

A proposta de Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones, segundo De Leon (2003), era baseada em três pilares fundamentais frente a comportamentos considerados desviantes, sendo eles a aceitação, a tolerância e o controle, todos eles sob um ambiente de apoio mútuo, democratizado e focalizado ao acesso e às oportunidades presentes na instituição. O autor também cita o destaque da centralidade da reinserção social e do trabalho no direcionamento das ações que são permanentemente verificadas pelos funcionários e usuários. Porém, Jones afirma:

O conceito de comunidade terapêutica desperta considerável angústia em muitas pessoas. Talvez por ser um tanto mórbido; mas sua crescente e bem sucedida aplicação, já por um quarto de século, deixa entrever que não é este o caso. Outra possível causa de ansiedade reside na ameaça que representa para a tradicional estrutura hierárquica de muitas de nossas instituições sociais. Este conceito implica numa redistribuição do poder, da autoridade e capacidade de decisão nas organizações. Num hospital, isto significa um papel mais responsável para os pacientes, seus parentes, equipe de enfermagem e, de forma geral, uma estrutura social mais democrática e igualitária. O poderoso e único líder de equipe vai sendo gradualmente substituído por um grupo de líderes que representam diversas disciplinas profissionais. Estes, em vista do diálogo entre eles mesmo e com o seu 'departamento', começam a funcionar como uma equipe. Esta mudança de poder e autoridade, no sentido de uma estrutura social mais horizontal do que vertical,

favorece maior identificação da equipe com a instituição e seus objetivos, de sorte que venha refletir as ideias de um número muito maior de pessoas do que apenas a cúpula administrativa (Jones, 1972, p 26-27).

Segundo Borthwick et al. (2009), a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones teria sofrido forte influência de experiências que se respaldaram na metodologia do tratamento moral de William Tuke, no início do século XIX. Para Cavalcante (2019) termo “comunidade terapêutica” aponta para múltiplas experiências iniciais que podem ser consideradas igualmente fundamentais, embora com algumas divergências entre si. A experiência na Clínica Hazelden em Minnesota no ano de 1948 e na Clínica Daytop Village em Nova Iorque em 1963 marcam, de uma forma geral, que a experiência estadunidense traz consigo uma abordagem mais rigorosa voltada a usuário de drogas, fomentando um “modelo de reforma moral individual”.

Para Franco Rotelli (1994) a experiência inglesa de Comunidades Terapêuticas foi importante para modificar configurações dentro o hospital, porém esta experiência não seria suficiente para atingir a exclusão social do doente, reduzindo esta experiência ao ambiente hospitalar. Mesmo com toda a pressão social para transformar o louco em mão de obra produtiva, as práticas do “bem dizer e do bem fazer” seriam insuficientes para quebrar esta barreira (Amarante, 1995).

#### 2.4 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO CONTEXTO NORTE AMERICANO

A transformação do espaço hospitalar, não mais como um produtor de doença e sim em um espaço terapêutico, carregava consigo a noção de que o espaço social do hospital deveria encontrar condições de produção e manutenção da Saúde Mental de seus usuários e, segundo Birman e Costa (1994) tratava-se de uma modificação para um espaço de pedagogia social que tinha a intensão de recuperar a vida social e familiar do paciente. Os autores ainda citam que esta mudança para uma pedagogia normativa se transformava na essência da prática curativa, que era relacionada a possibilidade de inserir os sujeitos nesta noma prática asilar que circundava os comportamentos interditos e permitidos.

Chamado por Birman e Costa (1994) de comportamento neoasilar, a adaptação e desadaptação social ganhava então este espaço pedagógico que ditava aos pacientes práticas entendidas como reeducação para o convívio social. A utilização da Psicologia Behaviorista, da Teoria da Comunicação e de conceitos Psicanalíticos instrumentavam novas formas de intervenções que tinham como objetivo alcançar a “cura”. A capacidade de adaptação às normas



passa a ser um dos veículos para a proposta de mudança dos conceitos de doença mental e de saúde mental.

O AA, fundado por Bill W e Dr. Bob, surgiu em 1935 nos Estados Unidos. Esta união entre um corretor da bolsa de valores de Nova Iorque e um médico cirurgião culminou em uma organização composta unicamente pelos chamados ex-bebedores. O método utilizado pelo AA está fundamentado em doze passos e doze tradições que julgam inalteráveis. O programa tem como pilar a abstinência completa e o intercâmbio da experiência ética dos alcoolistas em frequentes reuniões (Musumeci, 1994). Apesar das inúmeras menções à Deus e ao Poder Superior, a intitulada Irmandade dos Alcoólicos Anônimos afirma que eles não estão vinculados a nenhuma seita ou religião, embora muitas de suas reuniões de grupos aconteçam nas dependências de instituições religiosas e confessionais diversas e, desta maneira, algumas “comunidades terapêuticas” que se baseiam nesta abordagem frente o uso de álcool e outras drogas, utilizam tais prerrogativas na condução dos ditos tratamento dos usuários de drogas e na definição de seus entendimentos sobre projetos terapêuticos.

Segundo Fracasso (2008), no ano de 1953, um grupo de pessoas que fazia parte dos Alcoólicos Anônimos decidiu morar junto a fim de manterem-se em abstinência total da substância. Com isso, eles fundaram a Comunidade Terapêutica Synanom, na Califórnia (EUA) e partir desta experiência, foram surgindo outras “comunidades terapêuticas” que seguiam o mesmo modo de funcionamento.

Essa concepção de “promoção da Saúde Mental” preparou a cena que fez emergir a Psiquiatria Comunitária. O enfraquecimento dos movimentos de reformas dentro dos ambientes hospitalares se deu pelos altos custos financeiros às famílias e ao Estado bem como pelo continuo aumento de casos. Isto fez com que novas formas de relação entre a fonte regulamentadora da assistência e o saber psiquiátrico resultassem em mudanças de decisões do Estado.

No contexto norte-americano, a formulação de bases políticas e jurídicas para transformar a assistência psiquiátrica contou com a criação da Comissão de Enfermidade e Saúde Mental em 1955 e a formulação do Programa Nacional de Saúde Mental criado em 1963, que tinha o enfoque na ação da psiquiatria na “Comunidade” (Birman e Costa, 1994). A psiquiatria dirige-se então à Saúde Pública, incorporando assim um de seus conceitos básicos chamado de A História Natural da Enfermidade (Clarck, 1965) que pontua em três níveis de intervenção o processo evolutivo das doenças:

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis da formação da doença mental, condições etiológicas que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria (Birman e Costa, 1994, p. 54).

A psiquiatria passa então a ser atravessada por forças lógicas e epistemológicas ambíguas. O ideal normativo de saúde psíquica e a produção do sistema estatal que acompanha o viés da Saúde Pública costumam a denominada Psiquiatria Preventiva aos anseios da "Comunidade" e, segundo Caplan (1980), a psiquiatria preventiva se torna um ramo da psiquiatria que parte de um esforço comunitário mais amplo aonde os psiquiatras contribuem com suas pontuações especializadas. A parte do sistema psiquiátrico curativo que visa diagnosticar, tratar e readaptar se mantém nos níveis secundários e terciários. A prevenção primária procura seguir o paciente desde o ato de revelar um diagnóstico até a fase pós-cura na tentativa de evitar recaídas. Caplan (1980) também anuncia que a inclusão da prevenção primária à psiquiatria e a tentativa de enfraquecimento da produção da enfermidade tendem a reduzir o esforço da psiquiatria nos níveis secundários e terciários.

Ainda na década de 60, no contexto estadunidense, a tentativa de prevenir a instabilidade social através da tentativa de controle das classes sociais marginalizadas e segregadas torou-se um acontecimento histórico-político que associava fortemente as questões psiquiátricas aos desvios sociais, aproximando a lógica de desadaptação social à doença mental, direcionando a prevenção da doença mental da prevenção de divergências sociais (Birman e Costa, 1994). A dualidade entre saúde e doença, normal e patológico, adoecimento e cura promove a adaptação são ditos como processo de uma alteração simbólica no circuito homeostático da "Comunidade", tratando o adoecimento mental como uma falha nessa interação.

Neste contexto, segundo os autores, surge o conceito de Crise, referindo-se ela o grande momento de desajustamento, sendo transformada em signo de intervenção privilegiando, num enfoque adaptativo, uma condução à enfermidade. Desta forma, um sistema assistencial que tem o enfoque na prevenção do adoecimento e no controle da eclosão das enfermidades, a Psiquiatria Preventiva retoma alguns passos dos primeiros higienistas do século XIX, tornando a psiquiatrização da vida social um sinônimo de Saúde Mental (Birman e Costa, 1994).

A possibilidade de prevenir enfermidades mentais divide a responsabilidade sobre este fenômeno entre as pessoas ditas pertencentes a classe de trabalhadores de saúde e à população geral. Assim, as ações na Comunidade Terapêutica, que já tinha como pressuposto a distribuição da responsabilidade do processo de cura e adoecimento entre todos os sujeitos ali envolvidos, se intensificam no entendimento de que a "Comunidade" se torna parte do corpo

técnico em Saúde Mental, sendo admitido “que os grupos sociais possuem um potencial terapêutico inerente às redes de relações funcionais e afetivas, que pode ser dinamizado e desenvolvido” (Birman e Costa, 1994, p. 62).

## 2.5 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

A inserção da Comunidade Terapêutica como ferramenta no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira se dá no ano de 1960 com Marcelo Blaya que apresenta sua tese à Faculdade de Medicina de Porto Alegre, após seu período de estágio em hospitais norte-americanos, em especial na Menninger Clinic, intitulada “Tratamento Hospitalar com Orientação Psicanalítica” e, por consequência desse trabalho, funda a Clínica Pinel em Porto Alegre nos moldes da Comunidade Terapêutica e este projeto se torna um marco referencial deste período (Duarte, Fernandes e Rodrigues, 2000). Em 1967 foi realizado, no Rio Grande do Sul, o VIII Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental e nele foram apresentados inúmeros trabalhos a respeito do das Comunidades Terapêuticas e, a partir daí, a prática que nascera no Sul de espalha por todo país.

No Rio de Janeiro, a primeira Comunidade Terapêutica surge sob supervisão de Oswaldo dos Santos e Wilson Simplício, psicanalistas integrantes da Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro. Este fato aconteceu por volta de 1968 na Seção Olavo da Rocha do Hospital Odilon Galloti, uma das 12 unidades que compunham o Hospital Psiquiátrico Pedro II até então. No ano seguinte Portella Nunes e Roberto Quilelli fundaram a Comunidade Terapêutica do Hospital Pinel que abrangia a enfermaria B-masculina e sua equipe composta basicamente pelos profissionais do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB).

Este trabalho assume um novo perfil a partir do ano de 1964, em decorrência do golpe militar. Neste período houve um expressivo crescimento da procura por estudantes interessados nestas propostas. As reuniões em grupo e a participação de toda a equipe, em conjunto com os pacientes e familiares, seguindo os moldes da Comunidade Terapêutica inglesa chama a atenção destes jovens porque ali, nas discussões relativas ao tratamento dos pacientes, também ocorriam discussões políticas e comunitárias.

Em 1967, Blaya conhece então o trabalho de Santos e Simplício e, a partir de então, a Seção Olavo da Rocha recebe formalmente a denominação de Comunidade Terapêutica. Em 1968, a Comunidade Terapêutica é modificada e parte para um início de um hospital-dia, tendo como finalidade a capacidade de emersão de uma atmosfera de produtividade e de

estabelecimento de vínculo com a vida extra-hospitalar.

Segundo Duarte, Fernandes e Rodrigues (2000), muitos relatos de resistência a modificações no modelo hierárquico de um hospital psiquiátrico aconteceram nestas circunstâncias, o que culminou na transferência de Oswaldo dos Santos no ano de 1973 para outro hospital psiquiátrico e conseqüentemente, no ano de 1975, extinguiu-se o projeto de Comunidade Terapêutica no Hospital Odilon Galloti. Duarte, Fernandes e Rodrigues ainda citam que a experiência das Comunidades Terapêuticas no Brasil teve “um caráter fortemente ideológico-político, aparecendo como um núcleo de resistência” (p. 239). Por crescerem no território brasileiro no contexto do golpe militar, demarcando o uso da linguagem psicanalítica, da experiência inglesa e franco-italiana e profundamente arraigado de uma crítica ao modelo tradicional e ao cenário político e social aonde foram inseridas, as Comunidades Terapêuticas passaram por um processo de extinção por esse mesmo motivo pois, a resistência por parte do corpo técnico em concordar com as mudanças implementadas contribuiu para um possível estado de suspeita típico deste contexto histórico (Duarte, Fernandes e Rodrigues, 2000).

Segundo Birman e Costa (1994), o que se pode dizer sobre as comunidades brasileiras, é que elas não compartilham um objetivo comum. O caráter cooperativo da comunidade, que faria parte de seu potencial terapêutico, se esgota pela sua falta de homogeneidade. Os autores dizem também que a organização comunitária brasileira (ou a falta dela) impossibilitam a participação coletiva em projetos de interesse comum, excluindo todo este aparato que é de fundamental importância na concepção originária de Comunidade Terapêutica.

Ainda assim, neste mesmo período, foram apropriados os conceitos fundamentais das Comunidades Terapêuticas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, e que logo transformaram-se em uma das modalidades mais procuradas de atendimentos a este público (Perrone, 2014). Esse modelo, segundo o autor, foi inspirado nos desdobramentos da Comunidade Terapêutica inspirada no modelo inglês no território dos EUA na década de 1960 e baseiam-se geralmente seu tratamento nos princípios dos 12 Passos de Alcoólicos Anônimos (AA, 2001) assim como nos 12 Princípios do Amor Exigente (York, York e Wachtel, 1989).

Perrone (2014) cita que esta proposta terapêutica dos 12 Princípios do Amor Exigente foi idealizada pelo líder religioso norte americano Haroldo J. Rahm iniciada na cidade de Campinas - SP, e, no ano de 1978, fundou a “Fazenda Senhor Bom Jesus”, onde hoje é localizada a sede da FEBRACT (Fracasso, 2008; Rahm, 1996). O autor atribui o crescimento das “comunidades terapêuticas” no território brasileiro ao que ele chama de “ausência de políticas públicas que dessem conta” das questões relativas ao uso de álcool e outras drogas. Cavalcante (2019) afirma que a experiência brasileira de “comunidade terapêutica”, a partir dos

anos de 1970, assemelha-se a experiência estadunidense por apresentar forte influência religiosa e apelo à reforma moral. Aqui assumem também o papel de implicar aceitação dos usuários e dos familiares à religião praticada na instituição e, tais características, recuperam elementos fundamentais do tratamento da psiquiatria tradicional.

### **3 DESENHANDO CAMINHOS E TRAÇANDO VIAS DE INVESTIGAÇÃO**

#### **3.1 OBJETIVOS DA PESQUISA**

##### **3.1.1 Objetivo geral**

Compreender a proposta contemporânea de comunidade terapêutica, assim como os seus argumentos, fundamentações e estratégias no contexto atual brasileiro.

##### **3.1.2 Objetivos específicos**

- Estudar a origem histórica do termo comunidade terapêutica, seus antecedentes, conceitos, atores, princípios e metodologias de trabalho das experiências fundadoras
- Identificar os principais autores e suas lógicas discursivas acerca das comunidades terapêuticas
- Delinear as transformações práticas e conceituais das comunidades terapêuticas no Brasil
- Compreender sob quais discursos se dá a inserção das comunidades terapêuticas na atenção de sujeitos em uso prejudicial de álcool e outras drogas tanto vinculadas às suas concepções originais quanto às utilizadas contemporaneamente

#### **3.2 A LITERATURA COMO UM CAMPO DE PESQUISA**

Para que seja oportuno analisar, compreender e dissertar sobre as propostas originais e contemporâneas de “comunidades terapêuticas” comparando-as, e distinguindo seus pontos de divergência, para que assim seja possível uma análise das semelhanças e diferenças que as formas de utilização deste termo trazem, bem como o conjunto de forças que proporcionaram tal modificação, são necessárias ferramentas metodológicas que possibilitem abarcar a complexidade do tema proposto. Neste processo, é evidenciada a importância de entender os termos para além do campo teórico-conceitual, mostra-se importante também compreender o como eles são utilizados e contextualizados na questão sociopolítica e cultural.

Ao identificar, neste processo, os autores originais que atuaram na formação do termo, os discursos que circundam os “comos” e os “porquês” do surgimento da Comunidade Terapêutica serão evidenciados neste estudo as rupturas com esta concepção original que orientam as transformações, assim como formulam e caracterizam as “comunidades terapêuticas” nos modelos atuais no cenário brasileiro.

A escolha do uso das aspas no termo “comunidades terapêuticas” é prevista como recurso gráfico empregado para ressaltar a alteração semântica do termo ao longo da história. Sobretudo para compreender sua inserção no contexto brasileiro, esse uso é uma forma de registro textual, utilizando recursos gramaticais, para enfatizar uma mudança discursiva que circula os saberes em torno da aplicação contextualizada do termo “comunidade terapêutica”. Isto posto, para que sejam evidenciados os antinomismos relacionados a este termo, em um momento seguinte, é necessária uma comparação entre o uso desta expressão suas produções de saberes e significados.

Assim como a disputa normativa que percorre o campo da saúde mental, atenção psicossocial álcool e drogas no que se refere aos cuidados dos sujeitos em uso prejudicial de álcool e outras drogas, as instituições de nominadas “comunidades terapêuticas” também estão inseridas em uma disputa pela hegemonia de uma forma de compreensão e funcionamento, visando uma unificação metodológica e discursiva. A ruptura semântica de forma opositiva ao uso entendido neste estudo como a forma primeira do termo *Comunidade Terapêutica* que o presente estudo se propõe a evidenciar já apresenta em seu título o uso das aspas e, por pretender ressaltar a pluralidade de sentidos através deste recurso gráfico, foi escolhido não serem utilizadas formas abreviadas de referência ao termo como “CT” ou “CTs”. Tal escolha foi pensada por parecer antagônica à ideia de aglutinar significados através de siglas e abreviações em um trabalho aonde se busca compreender as múltiplos discursos em disputa neste campo, assim como as contradições, discrepâncias e incoerências.

Como exposição dos conceitos teóricos-metodológicos fundamentais para as análises dos materiais bibliográficos levantados, esta pesquisa tem como determinação utilizar a análise arqueogenealógica construída a partir do trabalho de Michel Foucault como referencial principal adotado e, portanto, compreendendo uma parte fundamental para a presente investigação.

Cabe esclarecer dentro das três questões metodológicas apontadas por Baptista, Borges e Matta (2015) a respeito do método foucaultiano, os direcionamentos propostos na presente investigação. No que se refere à primeira questão, que rege sobre a definição do recorte temporal, o ponto de partida da “escavação” se dá no período atual até o ano de 2011. Neste

intervalo de tempo, chama atenção 2015 e o relatório fruto da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas publicado pelo Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público, publicado no ano de 2017, que revela uma diferenciação fundamental entre o modelo original de Jones e o contemporâneo.

Com isso, é possível deslizar para a segunda questão metodológica que se refere a identificar os enunciados discursivos de um saber e de que modo localizá-lo no seu tempo, bem como a terceira questão que se refere a escolha dos documentos a serem investigados. Utilizando os descritores “comunidades terapêuticas”, “reforma psiquiátrica” e “álcool e drogas” foram encontrados três documentos no banco de dados do SciELO, vinte e três no banco de dados da BVS e quatro documentos no banco de dados do PubMed. Ao todo foram encontrados nas bases de dados supracitadas trinta documentos. Também serão utilizadas portarias, notas técnicas e pareceres que contribuam para a compreensão dos enunciados que atravessam os discursos e as práticas.

De forma introdutória, este estudo é iniciado com o capítulo reconstrução da trajetória das comunidades terapêuticas, trazendo sua contextualização, o cenário sócio, político e institucional dos processos de reforma psiquiátrica, compreendendo a comunidade terapêutica em sua concepção original, a comunidade terapêutica no contexto norte americano e a comunidade terapêutica no Brasil.

Após desenhar caminhos e traçar vias de investigação, explicitando os objetivos e o desenho metodológico trabalhados na pesquisa, caminha para uma revisão sobre álcool e drogas e os pontos de convergência com as propostas contemporâneas de comunidades terapêuticas, trazendo a construção das práticas discursivas sobre álcool e outras drogas no Brasil, uma não tão breve retomada ao processo de reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, a inserção do consumo de álcool e outras drogas nas políticas públicas de saúde no Brasil, compreendendo os rastros e rotas do dinheiro público destinados à atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Sobre a questão metodológica das comunidades terapêuticas, o processo de ruptura com a proposta original e a tentativa de construção de um novo modelo de comunidade terapêutica, que busca por uma identidade, fortalecendo o discurso religioso e provocando uma cisão entre a redução de danos versus a abstinência como vicissitude da abordagem moral caminham capa a compreensão de novas propostas e velhos problemas que dividem as trincheiras do campo do álcool e outras drogas, evidenciando a violência como parte visceral das supostas comunidades terapêuticas brasileiras, compreendendo sua inserção na política de guerra às drogas e dando evidência à linha tênue entre a laborterapia, imposição ao trabalho e violação aos direitos



fundamentais como tortura e condições de trabalho análogas à escravidão. Por fim, são destacadas as antinomias entre as concepções de comunidade terapêutica, caminhando então às considerações finais.

De forma estratégica, os discursos em amplos sentidos e suas sistematizações requer o trabalho de lançar-se para fora do discurso propriamente dito, evidenciando o trabalho da arqueologia de relacionar diferentes discursos articulando suas formações com práticas sociais, políticas e econômicas, permeando assim os acontecimentos não-discursivos, mesmo sendo a correlação entre as formações discursivas e não discursivas um ponto sensível neste método admitido por Foucault, impossibilitando a Arqueologia do Saber de denominar-se uma teoria (Machado, 1981).

Na medida em que foram analisados os materiais bibliográficos da atual “comunidade terapêutica” por uma ótica comparativa entre as atuais formas de aplicação do termo “comunidades terapêuticas” em paralelo às concepções originais de sua utilização, será possível avaliar com os pressupostos arqueogenalógicos foucaultianos as variações percebidas em sua utilização. Olhar cada época de forma específica, analisando os sentidos empregados ao termo, percebendo suas transformações, desconstruções e rupturas que o termo “comunidade terapêutica” traz consigo, problematizando suas representações e tecendo uma análise crítica que são fundamentais para a manutenção dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, bem como a crítica sobre a sustentação dos que são chamados hoje de “novos manicômios”.

Em uma perspectiva arqueológica, a origem dos discursos que circulam o surgimento do termo *comunidade terapêutica* tem como fundamento o trabalho de autores como T. H Main, Menninger e Maxwell Jones que, em suas bases prático-teóricas, constituíram os saberes associados a este termo. O mesmo termo quando comparado com o discurso que transita no contexto brasileiro não remete, entretanto, ao que as Comunidades Terapêuticas em sua origem representavam. As “comunidades terapêuticas” hoje trabalhadas por autores associados ou não a algum tipo de federação, ou em suas múltiplas variações possíveis dentro do território brasileiro como revelado pela Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, retratam uma construção de saberes e práticas distintas das concepções originais.

Para Foucault (1974), a constituição de práticas sociais e sua relação com os domínios de saber formulam a invenção de conhecimentos, tornando a noção de verdade fruto de uma produção histórico-política. Pensando um método de análise que considere a história da verdade e da construção de conhecimentos um processo que possui rupturas e descontinuidades, as noções de mundo que orientam uma época, uma produção histórica, ou que regem maneiras de pensar e entender o mundo diferentes entre si, constituindo sujeitos do conhecimento em suas

práticas sociais e sua relação com os domínios de saber. Desta forma, a genealogia (Foucault, 1979) entende que pelas rupturas que inauguram novas formas de compreensão completamente antagônicas às anteriores, diversos outros lugares aonde a verdade se forma de maneira descontínua.

Assim, Foucault diz perceber que formas de saber empírico como a biologia, medicina, política, economia e a psiquiatria costumam obedecer a um ritmo de transformações que não respeitam esquemas continuístas e suaves de desenvolvimento que não são apenas novas descobertas, mas uma mudança de um regime discursivo de saber (Foucault, 1979). Em uma análise dos “porquês” instituídos na produção de saberes, como parcela das relações de poder, sua inclusão no dispositivo político sobre a concepção genealógica da história, oposta à história linear e evolutiva, aposta em uma compreensão de uma história através das rupturas, dando a cada momento histórico a visibilidade através de suas condições de enunciado (Deleuze, 1988).

Tendo, contudo, uma dimensão política emaranhada neste processo aonde há tensão entre forças que disputam o privilégio da hegemonia, a genealogia foucaultiana corrobora para uma análise das relações de poder que possibilitam e compõem a emergência de verdades. Compreendendo o conceito de ruptura, aonde a história não se constitui por uma origem, mas sim por uma sucessão de começos que se tornam fundamento para a noção de invenção para a produção de conhecimento, a genealogia enquanto um método histórico – assim como a arqueologia – rompem com o método de produção científica e filosófica positivista ocidental pois permite analisar o caráter subjetivo de formas de vida e subjetividades frente ao dispositivo político, bem como as práticas, discursos e saberes de um momento histórico.

Calcada em uma reflexão sobre o modo de produção do conhecimento, ao tratar um questionamento fundamental sobre a razão, a genealogia foucaultiana compreende que, na história do pensamento, a linguagem foi utilizada de forma predominante, através de seus signos e suas formas de nomeação às coisas através das palavras como uma representação da realidade. A relação de verdade com a linguagem é desdobrada na substituição da coisa por um conceito, transformando a o conhecimento na descoberta das coisas através da linguagem. Por conseguinte, o ato de saber/conhecer implica, além de uma postura política, uma postura ética pela sua capacidade de produção de efeitos diversos na sociedade e em subjetividades.

A questão metodológica do conhecimento dos enunciados é fundamentada em uma “escavação” dos saberes expressos em documentos (Baptista, Borges e Matta, 2015, p. 160). Em tal caso, no presente estudo, será aplicada tal forma de investigação sobre o conteúdo bibliográfico relativo às “comunidades terapêuticas” contribuído por autores que figuram o lugar de referência neste tema para que, na medida que seja possível elucidar as suas regras

discursivas. Tais regularidades existentes por trás da diferença e das semelhanças de elementos são um processo de formação discursiva, norteadas pelo movimento de afastamento e aproximação, que delineiam este processo.

[...] a homogeneidade dos instrumentos metodológicos utilizados até então, como o conceito de saber, o estabelecimento das descontinuidades, os critérios para datação de períodos e suas regras de transformação, o projeto de interrelação dos saberes com a estrutura social, a crítica da ideia de progresso em história das ciências e etc. Além disso, a arqueologia do saber, de 1969, que reflete sobre as precedentes análises históricas com o objetivo não só de explicar ou sistematizar, mas sobretudo de clarificar ou aperfeiçoar os princípios formulados com base nas próprias exigências das pesquisas, está aí para prová-lo (Machado, 1979, p. 11).

De acordo com Deleuze (1988) são divididas em duas as fases de produção de Foucault. A primeira versa sobre a Arqueologia dos saberes, e a segunda, sobre a Genealogia dos saberes. Para Machado (1981), somente é possível compreender a arqueologia foucaultiana a partir de três obras fundamentais do autor: *História da Loucura*, publicada em 1961, *O Nascimento da Clínica* em 1963 e *As Palavras e as Coisas* de 1966. Segundo esta ordem, a primeira obra tem como objetivo definir as regras de formação dos objetos, tendo como objetivo individualizar o discurso da loucura. Na segunda obra supracitada, o interesse circulava entre os tipos de enunciação do discurso médico, procurando definir a regularidade presente no mesmo e, na terceira obra, foram estudadas as regras de formação dos conceitos, com o objetivo de definir a inter-relação entre os saberes.

As três obras se complementam e evidenciam formas de construções discursivas que fundamentam a construção de formas de saberes que, tal qual para a historiografia, são baseadas no discurso, prática discursiva, enunciado, formação discursiva e saber. Roberto Machado (1979) ainda aponta que a crítica foucaultiana recai às formas tradicionais da história das ideias que, por vezes assume o papel de representacionista e aliada à concepção transcendental do conhecimento. De caráter continuísta e retrospectiva, estabelece um percurso lógico dos saberes construídos, permanecendo fora dos saberes estudados, sempre em busca de suas origens, causas e motivos, apontando contradições e, assim, evidenciando uma incapacidade de dar conta de uma possível conceitualização por atingir, desta forma, um nível superficial uma vez que, para Foucault, a história é descontínua (Machado, 1981).

A Arqueologia do Saber tem como objetivo especificar um método de investigação que propõe compreender a origem interna da constituição de um determinado saber e, desta maneira, o presente método necessita transitar por diferentes formulações conceituais que pertencem a distintos saberes (Machado, 1981). O interesse por formas discursivas pronunciadas e existentes como materialidade definem o objeto de investigação através do

discurso, do enunciado e do saber, uma vez que a formulação histórica de um acontecimento eleva tudo aquilo que foi dito ao estatuto de acontecimentos, onde é instaurada uma realidade discursiva (Machado, 1979). Sendo o ser humano um ser discursivo criado pela linguagem, construído discursivamente (Foucault apud Machado, 1982, p. 144), a Arqueologia é o método que desvenda como o ser humano constrói a sua própria existência.

Seguindo a crítica foucaultiana à epistemologia, este estudo não procurará as divergências entre as diferentes teorias, pois elas não são questões nodais. A investigação dos diferentes tipos de contradições orienta esta análise por serem níveis que servem para possibilitar as demarcações das diferentes funções que podem exercer. Os modelos de enunciados, caracterizados por certos objetos, conceitos, escolhas estratégicas são situações intrínsecas e pertinentes à arqueologia, que se interessa por identificar as formas através do qual as contradições emergem, além do modo como são sistematizadas, apagadas e silenciadas, tais componentes sistematizam a regra de formação discursiva (Baptista, Borges e Matta, 2015). Deste modo, é destacada a condição atual de antinomia do uso do termo *comunidade terapêutica*.

A forma como a arqueologia lida com seus documentos isenta, portanto, o pesquisador de uma revisão bibliográfica exaustiva, que esgote todas as fontes de dados. O estudo arqueológico é uma metodologia que ganha contornos junto com a construção do objeto; e sempre com referências à pergunta que alimenta seus objetivos. “Assim, os saberes configuram exercício de poder que reatualizam conflitos e disputas de projetos com estratégias que se vão modificando no decorrer da história.” (Baptista, Borges e Matta, 2015, p. 160). De acordo com Foucault:

[...] em nossos dias, a história é o que transforma documentos em monumentos e que desdobra, onde se decifravam rastros deixados pelos homens, onde se tentava reconhecer em profundidade o que tinham sido, uma massa de elementos que devem ser isolados, agrupados, tornados pertinentes, inter-relacionados, organizados em conjuntos. Havia um tempo em que a arqueologia, como disciplina dos monumentos mudos, dos rastros inertes, dos objetos sem contexto e das coisas deixadas pelo passado, se voltava para a história e só tomava sentido pelo restabelecimento de um discurso histórico; que poderíamos dizer, jogando um pouco com as palavras, que a história, em nossos dias, se volta para a arqueologia – para a descrição intrínseca do monumento (Foucault, 1972, p. 8 e 9).

E é no decorrer mesmo da investigação que identificamos seus documentos, acontecimentos e regularidades. As contradições que podem regularizar discursos podem ser entendidas conforme a arqueologia trata as relações do enunciado com o sujeito do enunciado. Sendo a enunciação uma função vazia, a função política do saber opera um poder (Foucault, 1969). A análise foucaultiana de poder passa por uma preocupação metodológica de valorizar a análise do que ele denomina micropoder, sendo este o poder que tem a capacidade de atingir

a realidade mais concreta dos sujeitos, situado em níveis corporais, sua vida cotidiana. Assim, para Foucault (1987) o poder não é algo que se detém, trata-se, no entanto, de um mecanismo que se exerce e que “circula nas malhas do social”. Ele ainda destaca os dispositivos e estratégias exercidas sobre os territórios, populações e instituições, onde suas condições de emergência e de enunciados nomeou de biopolítica (Machado, 1981).

Ou seja, análises arqueológicas realizadas por Foucault foram de grande importância para o fortalecimento e disseminação das series e enunciados polifônicos que suas críticas envolveram, como o que pode ser reconhecido na luta antimanicomial que tomou o mundo ocidental nas décadas de 1970 e 1980, assim como nos processos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira. “(...) a orientação genealógica da análise arqueológica imprime um modo de estudo histórico potente, tanto na análise das políticas como nos estudos sobre as instituições ou sobre as práticas de saúde.” (Baptista, Borges e Matta, 2015, p. 163).

A descontinuidade histórica, a ruptura nos conjuntos de saberes de determinadas épocas e a emergência de regras de formatações discursivas que não implicam, necessariamente, alteração de todos os elementos não são rupturas globais e, com isso, a análise arqueológica tem o fim de desconstruir a homogeneidade de todos os fenômenos de um período e faz emergir defasagens, formas singulares e modos discursivos possíveis. (Baptista, Borges e Matta, 2015), definindo as regras de formação que permitam relacionar a um sistema comum, sendo esse sistema a maneira de dar conta da emergência simultânea ou sucessiva de conceitos dispersos, heterogêneos ou, até mesmo incompatíveis.

Ainda assim, este método expõe a fecundidade da noção de formação discursiva e inquieta, com seus próprios conceitos, a articulação de forma original às noções de sujeito, linguagem, verdade, ciência, dentre outras; todas elas como objeto a ser analisado e desconstruído com o objetivo não de fazer a história das ideias e das coisas, mas sim uma análise robusta da possibilidade da ordem, da positividade histórica a partir da qual é constituído um saber, tendo como origem as teorias, conhecimentos, reflexões e ideias possíveis constituídos nesse espaço de ordem.

## **4 UMA REVISÃO SOBRE ÁLCOOL E DROGAS E OS PONTOS DE CONVERGÊNCIA COM AS PROPOSTAS CONTEMPORÂNEAS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

### **4.1 A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS SOBRE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL**

No contexto brasileiro, a questão relacionada ao uso de substância atravessa as conjunturas sociais desde o período da colonização. Seja para fins religiosos, medicinais ou recreativos, há registros desta prática em tribos originárias e na população escravizada oriunda do continente africano. Tendo registros também no início da república, período onde foi estabelecida a Inspetoria de Entorpecentes, Tóxicos e Manifestação, que tinha também como uma de suas funções a repressão a cultos de matriz africana, o uso, produção e circulação e comércio de substâncias psicoativas começa a ser criminalizada a partir do século XX, tendo efeito de controle e segregação da população negra (Adiala, 1983).

Desde o século XVIII, a ascensão do modelo capitalista começava a modificar as estruturas de toda sociedade. O modelo mecanicista atravessa toda uma forma de existir, desde a produção de conhecimento, a maneira de perceber e lidar com os fenômenos naturais, sociais e subjetivos. As condições socioambientais que influenciavam os modos de adoecimento dos sujeitos também sofrem modificações, incluindo as formas de manejo das mesmas. A união deste saber com os poderes do Estado desdobrou-se em formas de controle social e potencializou maneiras de dominar mais efetivamente os corpos e as subjetividades (Foucault, 1990).

O uso de substâncias pode ser verificado em diversas culturas por toda amplitude da história. Desde os registros mais antigos das civilizações, substâncias que induzem de múltiplas formas alterações na consciência são utilizadas, por motivações diversas. O uso prejudicial de substâncias, da mesma forma, pode ser encontrado em registros literários. Porém, apenas com a primeira revolução industrial, é possível perceber uma preocupação relativa ao uso de substâncias e sua interpretação como um “problema social” e, apenas no século XX, o debate a respeito deste tema ganha importância no Brasil (Petuco, 2011).

Até a década de 20 do século passado não havia regulamentação oficial a respeito de drogas ilícitas no país. Neste período, como resultado do desenvolvimento industrial,

preocupações a respeito do uso de cocaína e ópio culminaram na publicação de uma lei restritiva ao consumo dessas drogas, com punições como internações e isolamento social àqueles que descumprissem as orientações médicas. Segundo Machado e Miranda (2007), as demais medidas registradas, assim como a primeira, eram provenientes das deliberações que ocorriam no campo da justiça e da segurança pública.

Na década seguinte, foi publicado o Decreto-Lei n.º 891, além de confirmar a condenação do ópio e cocaína, também incluía nessa lista a maconha e a heroína. Aos sujeitos que fizessem uso destas substâncias, estava incorrida a notificação compulsória dos casos, não dando possibilidade de tratamento em regime domiciliar. A ‘toxicomania’ previa, inclusive, os casos de intoxicação por bebida alcoólica. Conforme indicado no artigo 29, parágrafo 1º, a internação no hospital psiquiátrico era tida como facultativa ou obrigatória, por tempo determinado ou não, quando determinada pelo juiz (Brasil, 1938). A determinação também preconizava que a alta médica seria autorizada quando o médico responsável assegurasse, através de testes e exames, a cura do toxicômano. Entrava em cena, então, o ideal da abstinência como fator de segurança pública.

Atribuir à substância a grande parte do problema fazia parte do esquadramento proposto pelos dispositivos higienistas que emergiam no início do século XX. O controle de hábitos e comportamentos, a favorecer classes mais privilegiadas da sociedade, defendia o discurso de que – sobretudo nos Estados Unidos - os menos privilegiados precisavam ser saudáveis em seus aspectos físicos e morais para servirem como mão de obra trabalhadora sóbria, rápida e ativa (Carlini-Cotrim, 1998).

Adiante, a Lei de Drogas do Estado Novo, ainda com efeito de seletividade penal, tornando então a toxicomania uma doença de notificação compulsória, que para além da preocupação acerca do cultivo e produção das substâncias então consideradas ilícitas, exercia a obrigatoriedade de internação destes sujeitos em estabelecimentos privados ou “hospitais para psicopatas” (Carvalho, 2007).

O discurso que circunda o sujeito em uso de substância psicoativas denominadas como droga pode ser encontrado, por exemplo, em registros como “é a insensibilidade diante da prostituição da esposa e da filha, é o assassinio frio, por motivo fútil, da mãe querida ou do irmão, é o latrocínio sem explicação, é a ameaça permanente à segurança da sociedade”, que pode ser encontrada no prefácio da segunda edição de um compilado de artigos publicados pelo Ministério da Saúde a respeito do uso de maconha (Brasil, 1958)

O período da ditadura militar marca um cenário e intensificação à repressão às substâncias e às populações segregadas. Sendo então inserido no cenário internacional de

combate às drogas, os usuários de substâncias psicoativas começam então a serem considerados “dependentes” e com isso estabelecendo uma relação direta à necessidade de “tratamento”, inserindo então estes sujeitos dentro do discurso dos “doentes”, e aos que estavam inseridos como “traficantes” e “delinquentes” neste contexto através da produção, comercialização e venda, eram investidos trabalhos de repressão, tornando também como “dever de todos” a atuação frente a repressão e prevenção (Petuco, 2011)

Tais medidas também geraram impacto na construção subjetiva das pessoas acerca deste tema. O discurso de pânico influenciava a construção do imaginário popular que circundava das campanhas de Lei e Ordem alarmistas que iam de encontro ao real sobre a discussão. Segundo Carvalho (2007), os índices de comércio e consumo de substâncias psicoativas no Brasil estava aquém dos números registrados em outros países ocidentais. Contradizendo as campanhas que circulavam na época, não havia registros de números substancialmente elevados em um ponto de vista epidemiológico no cenário brasileiro.

A partir da Convenção Única de Entorpecentes em 1961, são estabelecidas diretrizes globais de enfrentamento de uma determinada cadeia produtiva de substâncias então qualificadas como ilícitas (Petuco, 2011). Pautada sob o discurso de ser “para o bem estar da humanidade”, esta medida influenciou sustentações políticas para ações militares de combate a produção e venda, assim como sustentou o combate massivo e encarceramento destes sujeitos que, em alguns países, poderiam sofrer condenação à morte (Jelsma, 2008).

Passado pelo processo de transformação de lugar social sob influência do modelo social e econômico vigente, com os sinais de crise apresentados pelo mesmo a partir da década de 60, e frente ao crescimento e expansão do neoliberalismo, o uso de substâncias então intituladas “drogas” passa por mais uma mudança.

As discussões em torno da questão do movimento hippie e se ele pretendia ou não transformar o uso de drogas em sinal de rebeldia contra o sistema são intermináveis. Entretanto, é inegável que o establishment traçou estratégias perspicazes para obter lucro com a apropriação seletiva de alguns de seus costumes considerados rentáveis e ‘inofensivos’, a exemplo da moda. Esvaziados de seu conteúdo ideológico, eles perdem, no decorrer dos anos, o pressuposto valor cultural e caráter contestatório, passando a configurar-se apenas como mais um baluarte da sociedade de consumo (Neto, Moreira e Sucena, 2001).

Em 1971, foi regulamentada a lei Nº5726 intitulada “Lei de Entorpecentes”. Com diretrizes básicas traçadas pelos mecanismos internacionais de combate ao tráfico e pela União. O tema das drogas passou a integrar a Comissão Permanente das Nações Unidas e, com isso, foi criado o Escritório Das Nações Unidas Para Drogas e Crime, aonde os Estados-Membros articulavam a respeito das políticas de drogas existentes. Com a sua ampliação e aderência de



mais outros países envolvidos, os investimentos em repressão sofreram um vertiginoso aumento, o que não fez com que o consumo e comercialização diminuíssem, pelo contrário, aumentaram, contando também com a criação de novas drogas (Jelsma, 2008). Com isso, as práticas discursivas vividas na contemporaneidade começam a emergir:

Contextualizando nesta articulação de elementos, observo o surgimento do fenômeno político, cultural e econômico do crack: a emergência das drogas como “problema social” a partir de uma visão catastrofista, descolada da realidade epidemiológica, que articula práticas de estigmatização e criminalização de populações já vulneráveis a uma retórica sanitária, em um cenário mundial em que políticas assistenciais cedem espaço à repressão, em sintonia com o exposto nas convenções internacionais sobre drogas, em seu esforço transicional. (Petuco, 2011, p. 24)

Nos idos da década de 70, o governo militar se deparou com o esvaecimento do “milagre econômico” provocado pela crise internacional do capitalismo, que causou uma paralização no cenário econômico do país e reavivou um cenário de união de movimentos sociais urbanos, sindicais, étnicos e de relação com as lutas por moradia (Almeida Filho et. al, 1992). No ano de 1976 foi promulgada a lei 6368, que se manteve em vigor nas três décadas seguintes e estimulava ações referentes a prevenção de à repressão ao uso e ao tráfico de substâncias entorpecentes causadoras de dependência física e psíquica (Brasil, 1976). Esta lei, bora tenha retirado o caráter compulsório dos tratamentos hospitalares, intensificou a medicalização dos usuários e instituiu pena de reclusão de três a quinze anos, além de pagamento de cinquenta a trezentos e sessenta dias multa aos que semeassem, cultivassem, ou participassem da colheita de plantas destinadas à preparação de entorpecente ou substância que determine dependência. Cabe destacar, sobretudo que esta lei dá lugar a termos como “dependente de drogas”.

Após o período da ditadura militar no Brasil, frentes democráticas emergiram e uma ampliação teórico epistemológica foi desdobrada a respeito das drogas. Contribuições no campo da saúde coletiva, da assistência social, do direito, da psicologia e de demais áreas foram importantes para a construção discursiva acerca do tema na contemporaneidade (Petuco, 2011).

Na década de 80, o consumo de drogas ilícitas ainda não era considerado uma questão de saúde pública ou de responsabilidade governamental, embora o consumo abusivo de álcool, droga lícita, fosse responsável por altos índices de internações em hospitais psiquiátricos (Resende, 1987). Este problema trouxe preocupações aos médicos da época, chamando atenção especialmente da Liga Brasileira de Higiene Mental, que em proposta ao poder legislativo, expos medidas que tinham como objetivo solucionar este problema e, nessa esfera do governo, não encontraram alianças. Nesta mesma década, houve uma diminuição ou até mesmo anulação

dos investimentos em saúde pública à prevenção, tratamento e reinserção social e um aumento nos recursos públicos ao âmbito da justiça e da segurança pública.

Esta lacuna entre segurança pública e saúde pública, possibilitou o cuidado aos sujeitos em consumo abusivo de substâncias fora do setor público de saúde, favorecendo a expansão das “comunidades terapêuticas” e de outros formatos de estabelecimentos que ofereciam atendimento a esta população (Alves, 2009; Machado e Miranda, 2007). Argumento este utilizado ainda para justificar a “necessidade” das comunidades terapêuticas nos dias atuais (Perrone, 2014). Apenas na segunda metade da década de 80, apoiado pelos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, foram criadas políticas públicas direcionadas às pessoas em uso abusivo de substâncias.

O processo de redemocratização e de emergência de lutas por justiça social também foi marcado pela reminiscência da militarização que representava o regime ditatorial vivido, tendo que lidar com as forças armadas e policiais em um lugar de enfrentamento hostil frente aos movimentos e às lutas por direitos sociais. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a organização da sociedade civil e a consagração dos direitos sociais indicava a obrigação da União, dos estados e dos municípios de garantir a participação local e de fazer política social (Neto, Moreira e Sucena, 2001)

Segundo Canoletti e Soares (2005), a produção acadêmica a partir da década de 90 pautada pela crítica ao modelo de “guerra às drogas” toma a contramão do caminho efetivado pelas práticas discursivas das campanhas públicas e privadas que circulavam no mesmo período. A forma paradoxal com que o tema era tratado, nesta mesma época, demonstrava um distanciamento das reflexões provocadas a respeito do tema das discussões acadêmicas produzidas.

#### 4.2 UMA NÃO TÃO BREVE RETOMADA AO PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Os modelos referentes ao modo como as ações de atenção à saúde são organizados em uma sociedade envolvem aspectos tecnológicos e assistenciais. Estes modelos fazem referência a uma forma de organização e articulação entre recursos físicos, tecnológicos e humanos a acessíveis para o enfrentamento e resolução de problemas de saúde em uma coletividade não sendo possível, assim, compreender tais modelos por uma perspectiva maniqueísta. (Silva Jr. e Alves, 2007). Compreender os modelos assistenciais por óticas que vão além de perspectivas

binárias ressalta a possibilidade de inúmeras variedades de modelos pois, assim, estariam firmados nas percepções de saúde e doença dos sujeitos de um determinado tempo e cultura, bem como na utilização de recursos tecnológicos disponíveis para cada época, perpassando todos os processos políticos e éticos que transpassavam a priorização de demandas específicas de cada época e contexto social (Gomes et al., Silva Jr. e Alves, 2007).

O poder de intervenção do poder público na área social, após o período ditatorial brasileiro, passou por redefinições que trouxeram expectativas de implementação de políticas públicas universais que atuassem frente a desigualdade social, visando uma sociedade mais justa. A expectativa foi atendida através da proposição de um sistema único de saúde, pelo Movimento da Reforma Sanitária, que reivindicava o direito a universalidade, a equidade e a integralidade no acesso às condições e aos serviços de saúde. Os movimentos sociais dos trabalhadores e gestores do setor público de saúde e do setor médico privado, se desdobrou na Constituição Brasileira de 1988, que ficou conhecida como a “Constituição Cidadã”, e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A compreensão da Saúde como um direito integral, equânime e universal garantido pelo Estado, proporcionou condições legais para a oferta de atenção à saúde a todos os cidadãos brasileiros,

A luta por direitos em saúde e a desconstrução do paradigma psiquiátrico atravessam as discussões relativas à saúde mental no Brasil e teve seu ápice nas décadas de 1960 e 1970, reflexo de movimentos que aconteciam em países como Itália, França e Inglaterra décadas antes e que reverberaram até os dias atuais. As denúncias de maus tratos e as críticas ao modelo manicomial alavancaram reformas nesse setor que puderam ser então identificados originalmente, como descrito abaixo:

As bases do campo da saúde mental e atenção psicossocial contém muitos princípios oriundos da forma como Basaglia construiu e operou o seu projeto de intervenção. Um dos fatores favoráveis ao maior sucesso do processo reside no fato de que ocorreu em período posterior aos demais. Desta forma, a “tradição basagliana” pode exercitar alguns dos princípios e aprender com os erros e acertos das experiências anteriores. Como por exemplo a Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional foi valorizada e incorporada a necessidade de envolver os atores sociais, todos eles, dos usuários aos familiares, bem como todos que trabalham no sistema (que a partir de então passaram a ser denominados, indistintamente, de operadores). Princípios tais como democratização, participação social, envolvimento, corresponsabilização, acolhimento, escuta polifônica, e transversalidade passaram a fazer parte do cotidiano da atenção psicossocial (Amarante, 2011, p. 104-105).

Inspirada predominantemente nos moldes italianos, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe em sua essência a proposta de democratização da saúde, do Estado e da sociedade, sendo admitida por Paim (2008) como um projeto civilizatório a acessar aqueles que

antes eram excluídos de quaisquer direitos em sociedade. Em 1978, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) historicamente surge com pautas restritas e que logo se ampliam e passam a incluir a crítica radical à violência inerente ao processo de institucionalização e, por consequência, a discussão sobre a desinstitucionalização entra no âmbito acadêmico-intelectual (Amarante, 2011).

Na ebulição de transformações na área política do país, mudanças aconteceram no interior do campo da saúde mental com a implementação dos primeiros serviços substitutivos ao modelo asilar nos anos finais da década de 1980. De acordo com as perspectivas trazidas no campo da saúde coletiva, da saúde mental e da atenção psicossocial, a autonomia dos sujeitos em seus processos de “cuidado” e de “cura”, a relação entre os usuários e os serviços de saúde, bem como sua integração em comunidade, foram postas como sendo de fundamental importância para uma mudança de um paradigma psiquiátrico há muito tempo utilizado para os cuidados aos sujeitos em estados de sofrimento mental (Amarante, 2011). É somado a esta inquietude, o processo de correlação de forças que envolveu mudanças no campo jurídico e social.

Todos esses anos de luta por direitos e por propostas de intervenção aos cuidados em saúde mental culminaram na promulgação da lei 10.216/01, que dispõe sobre a Saúde Mental, proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial (Brasil, 2001). De acordo com Amarante e Nunes (2018), embora esta lei tivesse o peso de um marco histórico na luta pela reforma psiquiátrica, vislumbrava assegurar mudanças que tinham como intenção uma ruptura no modelo terapêutico utilizado pela psiquiatria tradicional. Esta preconizava o isolamento do doente mental, evidenciando serviços substitutivos à internação como residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, hospitais de semiinternação e desta forma poderia então proporcionar uma nova relação do sujeito com o território que vai para além do campo geográfico, e que poderia reinseri-lo na sociedade, trazendo a ele cidadania. Porém, como criticado também pelos autores, a sanção de uma lei sem que antes tivesse sido criado todo um aparato de serviços que pudessem substituir o manicômio, como vivido com a Lei 180 de codinome Lei Basaglia, fez com que a experiência brasileira tivesse rumos diferentes (Amarante, 2011).

Almeida (1999) disserta sobre a ocorrência séria de reformas do Estado em vários países do mundo, tendo essas reformas uma perspectiva neoliberal, que foi consolidada como respostas à crise econômica, assim como à crítica ao estado de bem-estar social. Os efeitos danosos para as economias que lidavam com a excessiva intervenção do Estado nos negócios de âmbito privados, despertaram críticas sobretudo a respeito da cobrança de altos impostos

necessários para a sustentação das políticas sociais. As reformas passaram a propor o estabelecimento de políticas sociais focalizadas em populações de baixa renda e o subfinanciamento do setor da saúde com um comprometimento das ações sociais através uma redução das responsabilidades do estado na área social por meio de diferentes medidas, assim como uma redefinição e redução da atuação do setor público na provisão de serviços (Machado, 2006).

#### 4.3 A INSERÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Embora medidas de controle sobre a produção, venda e consumo de drogas terem ganhado espaço no cenário brasileiro a partir do século XX, somente no século XXI a questão emerge como uma proposta de intervenção no campo das Políticas Públicas de Saúde. Neste contexto a alteração no quadro da morbidade brasileira, o aparecimento da AIDS, a aproximação da temática álcool e outras drogas e a Saúde Pública foi favorecida.

A busca de garantias de integralidade, equidade e universalidade no acesso aos serviços e às condições de saúde, assim como a valorização da construção de saberes nos campos da Saúde Pública e na Saúde Coletiva, propiciaram interpretações sobre a realidade vivida pela população brasileira naquela ocasião. Tais mudanças na atenção em saúde, acompanhadas dos movimentos sociais presentes na época, fomentaram um movimento crescente de questionamento ao modelo de atenção em saúde vigente e, a partir da década de 1980, a preocupação com mudanças éticas, políticas e assistenciais em saúde tomaram um lugar de universalização destes sistemas e, com a ajuda de universidades, um número expressivo de municípios organizaram redes de atenção primária em saúde. Estas experiências fundamentaram a efervescência do Movimento da Reforma Sanitária, que teve como desdobramento a VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto sociopolítico de redemocratização, o início do processo de reestruturação da atenção pública em saúde mental e a criação de condições para que as políticas de saúde associadas à problemática do consumo de álcool e outras drogas pudessem convergir, pesquisas que relacionavam o consumo de drogas ao risco de infecção por HIV, sobretudo com o consumo de drogas injetáveis. Neste sentido, as mesmas apontavam que 26,5%, da população infectada pelo HIV eram usuárias de drogas injetáveis no ano de 1991 (Miranda, 1996). Cabe

ressaltar que o documento citado utiliza o termo “uso indevido de drogas” para se referir à questão. Segundo Alves (1994), no ano de 1992, 35,6% dos sujeitos que permaneciam em leitos de internação psiquiátrica apresentavam problemas relacionados com o consumo de álcool.

Se, desde a década de 70 já era apontada a necessidade de atenção a respeito desta temática, na década de 90, revelada pelo número de pessoas que passavam por uma internação psiquiátrica por desdobramento do consumo abusivo de álcool e outras drogas, a emergência de proposição de diretrizes de atenção a estes sujeitos torna-se evidente, sobretudo porque, nesta mesma década, o Brasil que antes se configurava como um corredor para o tráfico de drogas, passou a ser um grande mercado consumidor das mesmas (Magalhães, 2000).

Nesta costura entre as questões relacionadas as doenças infecto contagiosas sexualmente transmissíveis e o consumo de drogas nasceram novas formas de associar práticas discursivas que interagem estes assuntos. Nesta lógica, frente a mais uma mudança no perfil epidemiológico da doença, o controle da transmissão de DST/AIDS através do uso de drogas injetáveis - que saltara de 3,0% no período entre 1980 e 1986 para 24,9% no ano de 1992 (Brasil, 1992) – tomou a frente das discussões e através de projetos que buscavam estabelecer ações preventivas, estratégias educativas e de formação de equipes de apoio colocadas em pauta a orientação e acolhimento para a população-alvo (Miranda, 1996).

Até o ano de 1993, a questão AIDS/Drogas permaneceu impossibilitada de uma discussão mais ampla em virtude do caráter ilícito de consumir estas substâncias, bem como a intensa estigmatização este ato, dificultando medidas de prevenção específicas aos consumidores de drogas injetáveis (Bastos et. al., 1993). Em 1994, a ONU passou a apoiar financeira – com financiamento do Banco Mundial – e politicamente o desenvolvimento de programas voltados à infecção por HIV entre usuários de drogas por meio do Programa das Nações Unidas Para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), sendo desdobrada na criação do programa AIDS 1, que no período de 1994 a 1998, visou implementar novas propostas nesta abordagem, incluindo, o incentivo à pesquisa e medidas de redução de danos; que possibilitou, ano de 1997, a criação da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA).

Desta forma, em meados da década de 90, por meio das políticas de prevenção à AIDS e pela reestruturação da atenção em saúde mental, indicadores epidemiológicos foram estruturados para que, entre os anos de 2001 e 2002 fosse possível identificar um processo de entrada efetiva do tema álcool e outras drogas na agenda da saúde pública brasileira.

Posteriormente, no ano de 2003, por meio da elaboração da *Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas*, foi assumida a

responsabilidade referente a abordagem desta questão no âmbito do SUS, tratando a questão não mais como apenas uma questão médico-psiquiátrica e jurídica, e sim como uma questão ampliada em Saúde (Brasil, 2003).

O processo de formulação da política do Ministério da Saúde para a atenção a usuários de álcool e drogas foi iniciada no ano de 2001, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso e se estendeu até o ano de 2004 no governo Lula e, ao longo deste período, a disputa entre duas posições hegemônicas se tornou evidente dentro do Ministério da Saúde. A primeira tinha como objetivo a aproximação entre a questão do uso de álcool e outras drogas e a Saúde Pública, defendendo a criação de uma rede de cuidado e atenção aos usuários; e a segunda posição hegemônica defendia a restrição do financiamento dos cuidados necessários ao uso de álcool e outras drogas deveria ser tratado de forma exclusivo pelas “comunidades terapêuticas”. Esta fissura evidenciava e reforçava a dissociação temática presente durante o século XX (Machado, 2006).

Em 2001, o ministro da saúde José Serra, por meio da portaria GM nº 834, decidiu:

Art. 1º - Incluir, nas áreas de atuação da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a área técnica de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas.

Art. 2º - Instituir no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, o Grupo Técnico de Assessoramento na área de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001).

Desta forma, segundo Machado (2006):

As justificativas para essas decisões foram construídas a partir da necessidade de enfrentamento, pelos gestores do setor saúde, de problemas de saúde associados ao uso indevido e à dependência de álcool e outras drogas e dos elevados custos sociais e econômicos a eles associados. Foram também consideradas no estabelecimento dessas decisões: a necessidade de sistematizar o conhecimento oriundo das diferentes experiências assistenciais e pesquisas realizadas no País de maneira a subsidiar a atuação do Ministério da Saúde nessa área e a necessidade de adoção de mecanismos de parametrização técnica e de avaliação da possibilidade de financiamento das instituições de assistência às pessoas portadoras de transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas (Machado, 2006, p. 86).

A autora cita ainda que a ausência da Saúde Mental defendia que a atenção ao usuário de álcool e outras drogas pudesse ser feita no âmbito do SUS e não por entidades filantrópicas ou por instituições privadas.

O Grupo Técnico de Assessoramento foi composto por representantes dos centros de referência para tratamento, pesquisa e prevenção, representantes da comunidade científica, representantes da SAS/MS, um representante da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD), um representante da Federação das Comunidades Terapêuticas do Brasil (FEBRCT) e um representante da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). É importante observar que esse Grupo não contou

com a participação de representantes da área de DST/AIDS do MS, que já desenvolvia ações de saúde junto aos usuários de drogas por meio dos projetos de redução de danos, nem da área de Saúde Mental do MS, que, embora ainda não tivesse incluído a abordagem dos usuários de álcool e outras drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental, historicamente foi a área responsável pelo trabalho relacionado a essa temática (Machado, 2006, p. 86)

O Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários e Álcool e outras Drogas na Rede do SUS, organizado pelo então Coordenador Nacional de Saúde Mental Pedro Gabriel Godinho Delgado, apesar de alguns pontos de divergência, apontou a necessidade da inclusão definitiva dos cuidados aos usuários de álcool e outras drogas dentro da rede do Sistema Único de Saúde. Após a recomendação da CNSM e através da publicação da GM 336, foram estabelecidos os serviços substitutivos de atenção diária específicos para a área de álcool e outras drogas chamados Centros de Atenção Psicossocial - álcool/drogas, ou CAPS ad.

Com a reestruturação da atenção em saúde mental, algumas evidências sobre a necessidade de maior investimento na necessidade de criação de respostas do setor público de saúde começaram a emergir. Uma delas foi o aumento considerável no número de internação de usuários de álcool e outras drogas em manicômios judiciários, o que evidenciou a necessidade de mudança nas legislações e alternativas de atenção a estes sujeitos (Machado, 2006).

Em contrapartida, segundo a autora supracitada, sob a perspectiva das internações hospitalares, os médicos e as instituições passaram a ser mais criteriosos com relação às internações relacionadas a problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Alguns estabelecimentos hospitalares, inclusive, deixaram de prestar atendimento aos sujeitos que buscavam atendimento apresentando tal queixa por constatarem sua inadequação para este tipo de atendimento.

Neste mesmo período, importantes regulamentações foram criadas. Portarias que possibilitaram condições efetivas para que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas fosse inserida no âmbito do SUS. Estas portarias são:

Quadro 1– Atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS

Portaria GM nº336 de 19/02/2002	criou a possibilidade de existência no SUS dos Centros de Atenção Psicossocial-álcool/drogas (CAPS ad), que são serviços de atenção diária para pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas
Portaria SAS nº189 de 20/03/2002	incluiu na tabela serviços do SIA/SUS, os procedimentos referentes à atenção a pessoas



	dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS ad
Portaria GM nº 816 de 30/04/2003	instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, com objetivos de articular ações desenvolvidas nas três esferas de governo na atenção aos pacientes com dependência ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas; organizar e implantar rede de serviços extra-hospitalares para esses pacientes; aperfeiçoar intervenções preventivas de maneira a reduzir os danos sociais e à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas; realizar ações de atenção integral aos pacientes e seus familiares; organizar demandas e fluxos assistenciais; promover capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental. Essa Portaria previu também a expansão da rede de CAPS ad (meta: 250 CAPS ad em 2004), a criação do Programa Permanente de Capacitação de recursos humanos da rede SUS para os CAPS ad e a alocação de recursos financeiros para a implementação do programa
Portaria GM nº 817 de 30/04/2002	Portaria incluiu, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), procedimentos referentes à atenção hospitalar em hospitais gerais por uso prejudicial de álcool e outras drogas
Portaria SAS nº 305 de 03/05/2002	definiu as normas de funcionamento e de cadastramento dos CAPS ad e designou centros de referência em vários estados para implementar o Programa Permanente de Capacitação para a rede CAPS ad.

Fonte: Machado, 2006

Este período também foi marcado pela proposta de desmilitarização do SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), a elaboração do documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, publicado em 2004, onde foram apresentados o marco teórico-político e as diretrizes da Política do ministério da Saúde para a área do álcool e das drogas, seguindo em harmonia com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e calcada na lógica ampliada da Redução da Danos (Machado, 2006).

A ruptura com a percepção reducionista do consumo de álcool e outras drogas e seus problemas associados reconheceu tal fenômeno e sua complexidade na sociedade contemporânea, levando em consideração suas amplitudes sociais, psicológicas, econômicas,

políticas, e propôs um olhar histórico ao problema e aos sujeitos afetados pelos mesmos, propondo ações intersetoriais, não associando a remissão do sofrimento à abstinência total (Machado, 2006).

#### 4.4 NO RASTRO DAS ROTAS DO DINHEIRO PÚBLICO DESTINADOS À ATENÇÃO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Desde os idos da década de 80, o desenvolvimento da estrutura de gestão federal procura conciliar, na área de política de drogas, práticas de prevenção e tratamento com uma lógica repressiva, tendo como parte estruturante desta contraposição a construções históricas do estigma de periculosidade e transgressão relacionado às pessoas usuárias de substâncias em contraposição à figura do sujeito independente, autônomo, protagonista de seu próprio processo de transformação baseado nas políticas de ações comunitárias (Dias et. al, 2023).

Em todo processo de implementação do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, diferentes estratégias emergiram como formas de influenciar um veto neste processo. Desde 1991, com a formação da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, evidenciando atores que participam da disputa por espaço neste cenário, dada a sua importância na consolidação de uma política de saúde mental (Passos, 2017).

A procura de abarcar estas distintas percepções em um plano de gestão federal, correlacionando forças políticas que privilegiam o financiamento de formas convergentes com o pensamento hegemônico, no intervalo entre os anos de 2003 e 2018, no âmbito do SUS e do SUAS, sobretudo nos períodos que os planos ministeriais eram implantados, privilegiando estratégias de promoção de democracia institucional, consolidando práticas inclusivas e estratégias de adesão dos usuários a serviços de saúde, corroborando práticas de redução de danos (Dias et. al, 2023).

No ano de 2001, foram realizadas a III Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Fórum Antidrogas organizado pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), neste fórum foi homologada a Política Nacional Antidrogas (PNAD), vinculado ao Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). Nesta ocasião, a PNAD faz menção à Redução de Danos, porém limitando-a ao campo de prevenção de doenças infectocontagiosas, evidenciando o enfoque ao proibicionismo e à abstinência total de substâncias, fortalecendo o discurso emergente de guerra às drogas, tendência esta acentuada pela vinculação do SISNAD ao Gabinete de Segurança Institucional (GSI), tendo como

desdobramento, no ano de 2005, Sua substituição pela Política Nacional Sobre Drogas vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Nas primeiras décadas do século XXI, o financiamento era majoritariamente voltado às instituições de longa permanência e, no que se refere a uma ampliação de uma rede pública e comunitária, emergiram as disputas de financiamento e protagonismo no cenário político com as ditas “comunidades terapêuticas” (Dias et. al, 2023). Nesta transição, a presença da Redução de Danos como estratégia de prevenção aos riscos e danos sociais à saúde pode ser percebida, embora ainda conflitando com a abstinência total como principal estratégia na tentativa de redução aos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas (Prudencio, 2019).

As tensões que orientam os avanços e conquistas no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas apontam conflitos com a lógica proibicionista e seus desdobramentos no arranjo das políticas públicas de guerra às drogas apontando uma contradição nas agendas deste setor. Como principais opositores à Reforma Psiquiátrica e ao Movimento da Luta Antimanicomial destacaram-se a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) com interesses de parcela da categoria médica que fortalece o complexo empresarial hospitalar, farmacêutico e corporativo (Pereira, 2020), e a Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), como seu discurso predominantemente religioso, embora represente um segmento heterogêneo, com interesses e práticas diversificadas (Guimarães e Rosa, 2019).

As referidas disputas internas pela hegemonia na própria base governista desnudam a pressão destes grupos opositores, bem como suas influências e investimentos, apontando direções referenciadas em tais tensionamentos. A respeito das instituições denominadas “comunidades terapêuticas”, seu fortalecimento nesta disputa pode ser evidenciado por meio do decreto 7.179/2010 referente ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack que, posteriormente, foi transformado no programa *Crack, é possível vencer* e na portaria 131/2012 (Brasil, 2012).

Em termos de distribuição de recursos, seguindo a orientação lógica e discursiva díspar neste setor, no ano de 2005 foram destinados R\$37,5 milhos amo Ministério da Saúde e 134,8 milhões ao Ministério da justiça, ambos representando lugares antagônicos na abordagem do consumo de álcool e outras drogas. Entre 2005 e 2007 foram destinados 47,6 milhões para o auxílio reabilitação psicossocial aos egressos de longas internações psiquiátricas vinculados ao programa De Volta Para Casa. No ano de 2011, o valor gasto pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento da política de drogas foi de R\$36 milhões, tendo um salto para R\$70,3 milhões em 2012, de R\$753,8 milhões em 2013, R\$1,6 bilhões em 2014 e 1,7 bilhões em 2015, quando atingiu seu ápice. Este aumento crescente de investimentos ao Ministério da Saúde é justificado

pelo fortalecimento da RAPS e a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, assim como o incentivo orçamentário ao programa Crack, é possível vencer que, segundo o relatório do IPEA (2021) chegou a receber R\$84,9 milhões.

Entretanto, a partir do ano de 2017, e com o avanço do regime de austeridade fiscal instituído pela Emenda Constitucional nº 95/2016, mudanças na composição orçamentária reduziu tais investimentos ao Ministério da Saúde de 1,6 bilhões em 2017 para 22,7 milhões em 2019, constando no mesmo período um aumento de 100 milhões por ano ao Ministério da Justiça e Segurança, indicando, assim, uma reorientação de investimentos em formas de abordagens à temática do álcool e outras drogas, apontando um fortalecimento da política de “guerra às drogas” não mais pelo viés da saúde e sim pelo da segurança pública, enquanto ano de 2019, ano Ministério da Saúde foram destinados 22,7 milhões, foram destinados ao Ministério da Justiça 421,2 milhões (Ipea, 2021).

As despesas supracitadas são melhores descritas na tabela abaixo e podem demonstrar as posições privilegiadas, nas dimensões político institucional e econômica, em cada período:

Quadro 2 – Despesas liquidas de órgãos federais responsáveis por políticas públicas sobre drogas

	Ministério da Saúde	Ministério da Justiça	Ministério da Cidadania
2005	R\$37,5 milhões	R\$143,8 milhões	-
2006	R\$43,5 milhões	R\$106,5 milhões	-
2007	R\$31,9 milhões	R\$125,1 milhões	-
2008	R\$36,5 milhões	R\$116,1 milhões	-
2009	R\$36,7 milhões	R\$120,5 milhões	-
2010	R\$36,8 milhões	R\$202,1 milhões	R\$169,4 milhões
2011	R\$36 milhões	R\$126,8 milhões	-
2012	R\$70 milhões	R\$224,8 milhões	-
2013	R\$753,8 milhões	R\$226,6 milhões	-
2014	R\$1,6 bilhões	R\$227 milhões	-
2015	R\$1,7 bilhões	R\$225,8 milhões	-
2016	R\$1,5 bilhões	R\$335,6 milhões	-
2017	R\$1,6 bilhões	R\$317,8 milhões	-
2018	R\$34,4 milhões	R\$412,8 milhões	-
2019	R\$22,7 milhões	R\$421,2 milhões	R\$32,9 milhões

Fonte: Ipea. 2021

De acordo com o relatório do Conectas Direitos Humanos (2021) que trouxe de forma detalhada informações sobre o financiamento público às “comunidades terapêuticas” entre 2017 e 2020. No que se refere ao financiamento federal de “comunidades terapêuticas” nesse período, em 2017 foram investidos R\$44,2 milhões, 39,3 milhões em 2018, 104,8 milhões em 2019 e 105,2 milhões em 2020. Destaca também esta distribuição de acordo com as regiões, tendo a região norte um investimento de R\$ 13 milhões, a região sul, R\$81,6 milhões, a região sudeste R\$105 milhões, a região centro-oeste R\$26,5 milhões e a região nordeste um total de R\$64,8 milhões. O respectivo levantamento aponta ainda a destinação de emendas parlamentares que, no período entre 2017 e 2020, somaram pouco mais de R\$30 milhões de reais.

O planejamento e o controle do financiamento das “comunidades terapêuticas”, em diferentes níveis governamentais, conforme o levantamento realizado pelo Conectas (2021) no período entre 2017 e 2020, aponta variações nos critérios de execução desta política. Revela que, majoritariamente, o investimento de recursos públicos para as “comunidades terapêuticas” é feito de maneira não transparente, impossibilitando um levantamento estruturado destes recursos. Entretanto, destaca o programa paulista que financia o acolhimento nestas instituições chamado *O Recomeço* como um exemplo de “política bem estruturada e cujos critérios gerais estão disponíveis para acesso público” (p. 33). Neste programa, o governo paulista contrata a FEBRACT como entidade de representação das “comunidades terapêuticas” colocando-a como responsável pelo controle e organização do programa.

No âmbito do governo federal, extinta em 1º de janeiro de 2023 a partir da Medida Provisória 1.154, a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) instituiu o Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT), como forma de organizar o pagamento àquelas que são contempladas em editais para financiamento de vagas. Com informações alimentadas pelas próprias entidades com o fornecimento de informações e documentações exigidas pela SENAPRED, priorizando a concentração de recursos em forma de contratação simplificada e com fonte de financiamento estável, contando também com parcerias com o legislativo, oferecendo de forma proativa facilitadores para a execução de emendas parlamentares (Conectas, 2021).

O avanço político observado com o crescente financiamento das “comunidades terapêuticas” evidencia a atual disputa de políticas antagônicas em suas estratégias de cuidado aos sujeitos em uso prejudicial de substâncias. A inserção das ditas “comunidades terapêuticas” como um dos componentes substitutivos da RAPS bem como o fortalecimento do discurso da Epidemia do Crack acentuou a disputa de recursos públicos de forma disjuntiva entre a saúde

mental e a questão do álcool e outras drogas, evidenciando e fortalecendo uma frente conservadora que fortalece uma lógica manicomial, higienista, proibicionista e criminalizante.

A regularidade no financiamento das instituições denominadas “comunidades terapêuticas” tem relações com as articulações políticas entre grupos religiosos, sobretudo aos grupos de protestantes pentecostais, junto ao poder legislativo e o movimento conservador composta pela comunidade evangélica. O favorecimento político e a expansão do financiamento ao modelo proposto por estes grupos corrobora um caráter clientelista presente no Estado Brasileiro, tendo predominância na definição das políticas sobre drogas (Dias et. al, 2023). Tais grupos ligados às atuais “comunidades terapêuticas” representam hoje um lugar político com capacidade de articulação, segundo os autores, “incomparavelmente maior do que as associações de hospitais psiquiátricos no início dos anos 2000” (p. 39).

O financiamento de entidades privadas que atuam na atenção a usuários de álcool e outras drogas que não possuem eficácia comprovada em seu método, tal qual as atuais “comunidades terapêuticas”, que trabalham sob uma perspectiva de internações de longa permanência, obtendo repetidas denúncias de violações de direitos humanos e que trazem consigo uma incapacidade de fiscalização efetiva dos serviços financiados, aproxima esta gestão de políticas voltada aos usuários de álcool e outras drogas às de natureza punitivista. A construção do campo da assistência aos usuários de álcool e outras drogas pendula entre o financiamento de ações punitivistas para com estes sujeitos e ações que os fazem protagonistas de seu próprio processo. Embora haja diretrizes para a condução das ações do Estado, estas fragilidades assistenciais impactam na formulação e financiamento público com certa fragmentação, dependendo do fortalecimento da rede, da formulação de uma estrutura de gestão e uma forma de financiamento que resgate a diretriz da autonomia e do cuidado em liberdade. (Dias et. al, 2023).

## 5 A QUESTÃO METODOLÓGICA DAS “COMUNIDADES TERAPÊUTICAS”

### 5.1 O PROCESSO DE RUPTURA COM A PROPOSTA ORIGINAL E A TENTATIVA DE CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA

É possível estabelecer uma comparação que evidencia uma mudança de natureza radical entre o uso do termo “comunidade terapêutica” para referir-se à prática liderada por Maxwell Jones frente a utilização deste mesmo termo para referir-se os estabelecimentos que, no cenário contemporâneo brasileiro, utilizam-se do mesmo nome para alguns os estabelecimentos que oferecem cuidados às pessoas em uso de drogas.

À primeira vista, o que evidencia uma ruptura fundamental entre as duas é a concepção dos cuidados em liberdade. Não são encontrados indícios da utilização da “aprendizagem ao vivo”, do comunitarismo, ou da horizontalização do poder, presentes no trabalho de Jones. Não há uma preocupação de que a comunidade se torne de fato terapêutica, ou seja, não há a intensão de transformar o asilo em uma verdadeira casa de cura, seguindo influências de Esquirol.

Os fundamentos e as formas de assistência das “comunidades terapêuticas” sofreram inúmeras mudanças ao longo dos anos e, tais mudanças causam inconsistências nas tentativas de que seja estabelecida e reconhecida uma proposta de tratamento própria a estas instituições. Um tratamento, seja ele qual for, para que seja estabelecido, é necessário que uma avaliação de acordo com padrões reconhecidos aconteça (Vanderplasschen et. al., 2014).

É possível dizer que em tempos atuais é difícil a dissociação do termo “comunidade terapêutica” das palavras álcool e drogas. A associação desse termo a espaços de tratamento do consumo problemático de álcool e outras drogas foi iniciada no final da década de 1950, nos Estados Unidos, e a partir de então vem sendo adotada em ao menos 65 países (Nida, 2015). O tratamento em comunidade iniciado por Jones se distingue então do fundamento conceitual de “comunidade como um método” que começa a ser aplicado por essas instituições e, a proposta de mudança ampla e de longo prazo proposta fortemente condicionada a vivência em pares e a abstinência total da droga (Nida, 2015).

Tomando a experiência de Minnesota como uma das pioneiras neste processo de mudança conceitual, é importante destacar que neste programa de tratamento em “comunidade terapêutica” somente eram designados àqueles que já possuíram a vivência problemática com o consumo de substâncias – neste caso, o álcool – a função de cuidado com os demais. Neste sistema, os sujeitos ditos nos estágios “mais avançados” cuidavam dos sujeitos ainda em recuperação (Nida, 2015).

No decorrer dos últimos cinquenta anos, este formato de “comunidades terapêuticas” começou a admitir em seu quadro equipes de saúde e de saúde mental como médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros (Vanderplasschen, 2014). Embora esta mudança tenha ganhado espaço ao longo do tempo, estas equipes continuam sendo formadas majoritariamente por usuários em recuperação (Nida, 2015).

Um amplo processo adaptativo de abordagens no processo de disseminação das “comunidades terapêuticas” ao redor do mundo pode ser observado a partir de então. O modelo norte americano mostrou-se calcado em vieses comportamentalistas. No continente europeu, as “comunidades terapêuticas” oriundas do trabalho de Jones tiveram influência da psicanálise e foi complementada pelas teorias ditas educacionais, com investimentos na aproximação da família e na contratação de profissionais com maior qualificação técnica (Vanderplasschen, 2014).

As “comunidades terapêuticas”, no cenário brasileiro, vêm sofrendo também uma modificação no recorte de seu público-alvo e na duração do tratamento proposto. O “acolhimento” de pessoas em situação de rua, com comorbidades psiquiátricas sofrendo algum tipo de sanção penal começou a ser admitida por estas instituições (Nida, 2015). A modificação das características demográficas e pressões orçamentárias impulsionaram tais mudanças no programa de tratamento e seu tempo de duração (Vanderplasschen, 2014). O tripé trabalho-disciplina-espiritualidade também passou a ser predominância no processo terapêutico proposto. A laborterapia e o cultivo à espiritualidade – normalmente cristã- vão dando o contorno destas propostas de “comunidade terapêutica”, instituições de caráter privado que muitas vezes tem vinculações a entidades religiosas (Ipea, 2017).

Nos últimos trinta anos, a efetividade terapêutica do dito acolhimento feito pelas “comunidades terapêuticas” começaram a ser mais profundamente investigadas (Vanderplasschen, 2014). As tentativas de categorizar as informações obtidas em revisões narrativas e sistemáticas revelaram inconsistências que limitam as possibilidades de conclusões e sugerem importantes obstáculos metodológicos (Smith et al, 2006). O delineamento deficitário da adequação das amostras e da equivalência do grupo controle nos ensaios propostos é o principal ponto de atenção (Reif et al., 2014). Embora estudos apontem impacto positivo aos sujeitos submetidos ao método de determinadas “comunidades terapêuticas” que oferecem regime residencial, a literatura não traz evidências mais robustas ou em níveis superiores de eficiência (Reif et al., 2014).

Estudos quantitativos tornam-se dificultosos uma vez que a escassez de ensaios controlados, duplos-cegos randomizados limitam a interpretação dos dados e abre espaço para



divergências na interpretação dos mesmos pois, em trabalhos aonde são reconhecidas reservas quanto ao método utilizado, são defendidas efetividades relativas ao tratamento proposto para públicos específicos nas “comunidades terapêuticas” (De Leon. et. al., 2021). Embora tais estudos tragam certa relevância com relação ao número de sujeitos ditos em estado grave de uso de substâncias (Nida, 2015), não existem estudos que confirmem a eficácia em médio e longo prazo, ou encontram-se menos esclarecidas as à sustentação desse impacto (Malivert et al., 2012).

Estabelecendo agora um comparativo relacionado às “comunidades terapêuticas” que emergiram contemporaneamente à Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, não são relacionadas preocupações relativas aos cuidados primários em saúde, ignorando princípios da promoção da saúde e prevenção de doenças, os cuidados relativos ao tratamento precoce de doenças bem como a investigação diagnóstica, que são próprios da atenção secundária em saúde, também não se fazem presente nas discussões. A prevenção terciária, que preconiza a readaptação ou reabilitação social, assim como a redução de “sequelas”, não se mostram preocupações das ditas “comunidades terapêuticas” no atual cenário brasileiro. A coletividade, as equipes e a comunidade não são protagonistas dos espaços de “tratamento”.

Também não é privilegiada a autonomia e o protagonismo do sujeito frente ao seu próprio processo e tratamento. São impostas a ele um regime de afastamento de suas atividades cotidianas e do seu convívio social, são imputadas ao sujeito normas morais e religiosas, bem como uma imposição à doutrina religiosa é imposta. A abstinência não passa a ser parte do processo do sujeito, mas sim uma obrigação, uma condição para que o sujeito esteja dentro ou fora da oferta terapêutica.

A literatura aponta uma escassez de evidências na efetividade de métodos que propõem um tratamento para o uso prejudicial de substâncias que tenham a abstinência da substância ou da administração das sensações ligadas à interrupção do uso (McLellan et al., 200). Os autores também citam que a adesão a outras propostas terapêutica, uso de medicações, tratamento clínico de outras questões de saúde, altas taxas de recaídas e abandono do tratamento podem ser observados com frequência e que muitas questões como estas são impulsionadas por fatores de pobreza, e falta de suporte de rede de apoio e familiares (McLellan et al., 2000).

Voltando ao contexto brasileiro, subgrupos de usuários com necessidades específicas passaram a ser acolhidos nas denominadas “comunidades terapêuticas”. Pessoas com algum conflito com a lei ou privadas da liberdade, pessoas com alguma comorbidade psiquiátrica ou com questões relacionadas ao sexo, gênero, dentre outras questões específicas (Ipea, 2017) e, desta forma, aspectos que relacionam o uso de drogas ao comportamento criminal

empregabilidade, qualidade de vida começaram a ser estudados por autores que se dedicam entender as modificações na proposta original de Comunidades Terapêuticas, utilizando o termo em inglês *modified therapeutic community* (Vanderplasschen et al., 2014; Nida, 2015; Perrone, 2019),

Embora o arcabouço regulatório das “comunidades terapêuticas” no Brasil não abarque o acolhimento a pessoas com comorbidade psiquiátrica e que a associação entre estas questões não sejam indicativos de abandono de tratamento e recaída (Malivert et. al., 2012), este e outros descumprimentos á regulamentação estão presente no cotidiano das “comunidades terapêuticas” brasileiras (Ipea, 2017).

O descumprimento de normas regulatórias seria uma justificativa para que alguns estabelecimentos intitulados “comunidades terapêuticas” não fossem referenciados a partir deste termo bem como justificaria uma ruptura na distribuição de recursos públicos para as mesmas.

## 5.2 A BUSCA POR UMA IDENTIDADE

O retorno do trabalho como instrumento disciplinador e punitivo não revela, de forma alguma, expressões de potencial criativo, de cuidado consigo, com os outros e com a comunidade, não contribuindo para o retorno e reinserção das pessoas privadas de liberdade a um convívio social, não fazendo assim parte de uma proposta de geração de trabalho e renda a estes sujeitos, tendo indícios de utilização desta força de trabalho para a realização de serviços extra ao espaço das “comunidades terapêuticas”, como a participação de internos no trabalho de manutenção da casa de praia da proprietária de uma das “comunidades terapêuticas” visitadas na inspeção supracitada. Estes fatos em conjunto ferem direitos trabalhistas como delimitação de uma jornada de trabalho e remuneração. Nesta sequência, o relatório afirma ainda que:

Nos casos em que há presença de profissionais, foram raros os registros de formação específica na área de atenção a usuários de álcool e outras drogas ou de saúde. A regra foi encontrar condições de trabalho precárias. Nas vezes em que foram citados cursos de especialização, em geral, tratou-se de formações rápidas. Em raras ocasiões, foram mencionadas especializações de nível universitário (CFP, 2018. p. 99)

A tentativa de criação de um grupo profissional que seja próprio da realidade das então intituladas “comunidade terapêuticas” no brasil conta com investidas por parte das entidades associativas na difusão me materiais oriundos de um mercado editorial próprio que contam com

como livros, cursos e apostilas voltados aos trabalhos nas “comunidades terapêuticas”. Esta busca por uma identidade própria e por uma coesão que contribui para o estabelecimento de um discurso único que fortaleceria tal identidade disputa, então, o campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas com o que é construído no âmbito do SUS.

Entretanto, a necessidade de uma uniformização destas práticas para a formação de uma identidade, de uma racionalidade coletiva e de uma formalização de sua atividade (Pires, 2018) alavancou um movimento de intercâmbio entre membros de “comunidades terapêuticas”, fomentados pelas entidades associativas do campo, para uma interlocução entre os membros associados. Estes encontros, eventos, seminários, congressos ajudaram a construir e disseminar um código de ética próprio para estes grupos e que constroem padrões comuns mínimos para tal atuação. Neste compasso, a FEBRACT e a Cruz Azul do Brasil orientam estatutos, oferecem assistência e apoio aos seus filiados, bem como passam a ofertar formação profissional e capacitação de multiplicadores sociais (Pires, 2018).

Na busca pela formulação de uma identidade citada e pela convergência nas formas de atuação das instituições intituladas “comunidades terapêuticas” a CONFENACT teve uma das maiores expressões como unidade nacional pelo movimento. Estas articulações tiveram também influencia no surgimento de uma frente parlamentar em defesa dos estabelecimentos denominados “comunidades terapêuticas”. Segundo o autor, este alcance destas articulações pode ser organizado cronologicamente da seguinte forma:

Quadro 3 – Articulação política a favor das “comunidades terapêuticas

Edição da RDC no 29/2011, Anvisa	Alteração da legislação que regulamenta as CTs, vindo mais ao encontro das necessidades e realidade do segmento
Edição da Norma Técnica no 55/2013, Anvisa	Detalhando a modalidade de CTs na RDC no 29/2011
Portaria no 131/2012	Editais do MS para vagas de acolhimento e projetos reinserção social
Crack: É Possível Vencer	No âmbito do programa lançado em dezembro de 2011, conveniamento de vagas pelo governo federal, por meio da Senad.
Projeto de Lei no 7.663/2010	Aprovação na Câmara dos Deputados, o qual inclui as CTs na Lei Nacional sobre Drogas (Lei no 11.343/2006) e ainda aguarda aprovação no Senado
Edição da Lei no 12.868/2013	Prevê uma certificação específica para as CTs para a obtenção do CEBAS;
Aprovação, em 2015, de Resolução Conad Posteriormente suspensa em 2016, via ação judicial do Ministério Público Federal	Entendida como o marco regulatório das CTs, sendo a primeira legislação federal que regulamenta (tipifica) a modalidade de atendimento de CT
Portaria no 1.482/2016	Criação do Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 083 para a inscrição das CTs e outras entidades de promoção na saúde nas secretarias municipais de saúde

Fonte: Pires, 2018

Este emaranhado de articulações tem sido capaz de influenciar a formulação de políticas nacionais interferindo nelas diretamente, alterando atos normativos diversos e obtendo financiamento público nas três esferas do governo, apresentando um papel de importância na sobreposição aos atores e esforços construídos no campo da Saúde Mental.

A partir da revogação da RDC nº 101/2001, alterações significativas passam a ser implementadas na RDC 29/2011 quanto ao funcionamento das instituições denominadas “comunidades terapêuticas” e as ditas instituições afins. Deste modo, a nota técnica CSIP/GGTES/ANVISA nº 01/2011 faz destaque às alterações presentes citando:

Quadro 4 – Alterações na RDC 101/2011 relativas a RDC 29/2011

ITEM	RDC 101/2001	RDC 29/2011
Denominação das instituições	Denomina como “comunidades terapêuticas”	Não utiliza denominação específica, abrangendo todas as instituições, independente de nomenclatura
Licença sanitária	Há exigência	Mantida a exigência
Responsável técnico	Profissional de nível superior na área da saúde e serviço social	Profissional e um substituto, sendo ambos de nível superior de qualquer área de formação
Recursos humanos	Denomina tipos de profissionais e estabelece sua proporção em relação ao número de residentes	Recursos humanos em número compatível com as atividades desenvolvidas.
Capacitação	Exige o reconhecimento de cursos de capacitação pelos antigos “conselhos de entorpecentes”	Determina ações de capacitação para a equipe, mantendo o registro da execução
Programa terapêutico	Estabelece a obrigação de “programa terapêutico” especificando atividades fixas com respectiva frequência de realização	Abandona o termo “programa terapêutico” e institui o registro de atividades em ficha do residente, sem definir rol fixo
Procedimento/ Processos Assistenciais	Extensa lista de aspectos a serem contemplados na admissão e durante o tratamento, com repetição de critérios	Ítems específicos para os processos de admissão, tratamento e desligamento do residente.
Prestação de serviços de saúde e relação com a rede de serviços de saúde	Rotina de atendimento de saúde Atendimento psiquiátrico periódico •	Indicação de serviços de atenção à saúde da rede

	Encaminhamento à rede de saúde em caso de intercorrências clínicas.	pública ou privada para os residentes; Mantido encaminhamento à rede
Infraestrutura	Necessidade de aprovação de projeto físico na vigilância sanitária e várias exigências para os ambientes, como metragem, proporções e limite para número de residentes; Estabelece proposta de listagem de ambientes	Dispensa aprovação de projeto e exige infraestrutura compatível com número de residentes da instituição. Não estabelece proporção entre os ambientes e o número de residentes; Determina os ambientes que a instituição deve possuir
Sigilo e Anonimato	Compromisso com o sigilo segundo normas éticas e legais e garantia do anonimato	Mantida a garantia do sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato
Crítérios de elegibilidade	Veda a admissão de grau grave de comprometimento orgânico e/ou psicológico; Determina encaminhamento a outras modalidades de atenção.	Veda a admissão de pessoas que necessitem de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição
Garantias para os residentes	Previstas nos critérios de admissão e tratamento.	Mantidas com redação sistematizada e sintética
Administração de medicamentos	Estabelecimentos de saúde com procedimentos de desintoxicação com medicamentos sob controle especial, estão submetidos	Designa ao RT a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes e veda o

	à Portaria SVS/MS n.º 344/98 Quando não há prescrição, somente guarda, fica dispensada da Portaria SVS/MS n.º 344/98.	estoque de medicamentos sem prescrição médica.
Prazo de adequação	2 anos	12 meses

Fonte: Anvisa, 2011

Atualmente, segundo o relatório do Conectas (2011) as denominadas “comunidades terapêuticas” são divididas em dois eixos principais: “Comunidades Terapêuticas Acolhedoras” e “Comunidades Terapêuticas Médicas”, em consonância com a nota técnica CSIP/GGTES/ANVISA n.º 01//2011 e n.º 02/2011, que versa esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestam serviços a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas conhecidas como Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, em consonância com a RDC 29/2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

De acordo com a Nota Técnica 02/2020, a existência de uma abordagem terapêutica que oferece cuidados de saúde que executem procedimentos de exclusividade de categorias profissionais de saúde, bem como terapêuticas de abordagem médica/psiquiátrica, evidencia a necessidade de o estabelecimento estar de acordo com normas sanitárias relativas a estabelecimento de saúde. Por outro lado, ainda segundo a norma técnica supracitada, os estabelecimentos denominados “Comunidades Terapêuticas” são aqueles onde há a predominância da convivência entre pares como abordagem terapêutica para pessoas com transtornos relativos ao uso, abuso e abstinência de substâncias psicoativas. Entretanto, aponta também a existência de “Comunidades terapêuticas” com predominância da abordagem da convivência entre pares que também oferecem cuidados de saúde aos sujeitos submetidos à sua terapêutica, sendo assim necessária a existência de ao menos um responsável técnico habilitado para responder tecnicamente pelo serviço prestado.

Estes estabelecimentos tem como principal abordagem a abstinência total da substância, não sendo permitida a utilização de medicamentos psicotrópicos. Para que sejam utilizados e estocados medicamentos psiquiátricos em “Comunidades Terapêuticas

Acolhedoras”, faz-se necessária a contratação de um profissional médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina. Assim, o relatório aponta que:

Neste ponto, cabe ressaltar que é frequente denúncias de Comunidades Terapêuticas Acolhedoras que têm utilizado medicamentos psicotrópicos em sua rotina, sem qualquer supervisão médica; muitas vezes, até como forma arbitrária de contenção química dos residentes. Tal prática, pode gerar responsabilização nas esferas administrativa (sanitária), civil e até penal para os responsáveis pela instituição (Anvisa, 2020. p. 6).

Cabe também ressaltar que o atual governo de Luís Inácio Lula da Silva mantém uma postura de diálogo com este setor. Atendendo pedidos de entidades religiosas, propôs a criação de um setor específico intitulado Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, publicada no dia 20 de janeiro de 2023, levantando críticas de setores sociais como organizações de Direitos Humanos e do Ministério de Desenvolvimento e de Assistência Social, Família e Combate à Fome. Como resposta, o Conselho Nacional de Direitos Humanos recomendou auditoria em todos os contratos assinados com estes estabelecimentos na gestão passada.

A busca pela unificação de um método impulsiona disputas entre aqueles que atuam nas “comunidades terapêuticas” e os conflitos entre lideranças e segmentos do campo tomam um espaço nesta disputa na atuação destes empreendimentos institucionais. (Santos, 2018). Em 2017, a FEBRACT, de forma unilateral, solicitou seu desligamento com a CONFENACT, colocando em questão a proposta de unificação antes fortalecida. A partir desta ocasião, a FEBRACT adota a postura de um questionamento sobre a proliferação de instituições que se autodenominam “comunidades terapêuticas”, afirmando haver um modelo verdadeiro de “comunidade terapêutica”, que seria então difundido entre as instituições afiliadas a ela (Santos, 2018) marcando assim uma ampliação na contestação destes modelos e dinâmicas no campo das “comunidades terapêuticas”. A emergência de um campo organizacional das “comunidades terapêuticas” no território brasileiro, segundo a autora, demonstra características como:5

i) a propensão à imitação e reprodução de práticas derivada da elevada incerteza entre meios (tratamentos) e fins (cura) e o modelo de expansão baseado no desmembramento e abertura de filiais; ii) o papel central das entidades associativas na indução de condutas junto às suas CTs filiadas e nos esforços de formação profissional; e iii) a emergência de um grupo ocupacional e identitário diferenciado de outros grupos profissionais externos ao campo. (Pires, 2018. p. 163)

As implicações da operação deste campo em processo de consolidação e as suas possíveis articulações na construção de políticas públicas na área de saúde mental, álcool e outras drogas proporcionou o surgimento de um mercado com empreendimentos de natureza



política e econômica, com um complexo institucional de robustas proporções (Pires, 2018). Ainda sobre sua forma de organização, este trabalho aponta:

O grau de organização e a amplitude dessas articulações nos permitem falar de um “sistema” emergente – mas não muito diferente, em termos de escala e abrangência – de outros arranjos institucionais que dão suporte: i) à atuação de grupos de interesses tradicionais, por exemplo, sindicatos e confederações patronais e de trabalhadores; ou ii) à implementação de políticas nacionais, como sistemas nacionais de gestão de políticas. Isto ocorre porque esses arranjos combinam a penetração e a capilaridade no território (horizontalidade) com a agregação federativa e ascendente de interesses e preferências (verticalidade). (Pires, 2018. p. 164)

Tal capacidade de intervenção e articulação já desenvolvida se consolida também através dos laços e articulações de nível internacional, por sua conexão com organizações semelhantes em outros países e entidades supranacionais, consolidando e proporcionando expressivo avanço de suas pautas (Doudement e Conceição, 2018)

### 5.3 O FORTALECIMENTO DO DISCURSO RELIGIOSO

Outro ponto de relevância dentro da discussão sobre as questões relativas ao sofrimento mental e ao uso de álcool e drogas, sobretudo no que tange a nomeação desses sujeitos como “loucos”, é a respeito dos movimentos que circulam as práticas discursivas ao longo do tempo, sobretudo as discussões que tem como interesse a desconstrução das visões hegemônicas que tratam aqueles sujeitos com esta denominação, e que ocupavam e ainda ocupam um lugar de vulnerabilidade social, econômica, cultural e política, que sofreram um apagamento através da Violência Estrutural (Galtung, 1969).

Segundo o relatório do IPEA (2017), de forma majoritária, o proposto “tratamento” oferecido pelas comunidades terapêuticas no contexto brasileiro é sustentado por três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade. Toda a rotina dos sujeitos submetidos a este tratamento é regida pela disciplina, pela abstinência e pela religião, sendo estas condições para que o processo de “cura” aconteça (Natalino, 2018). Como já mencionado anteriormente, a responsabilidade pela limpeza e pela manutenção das instalações destas “comunidades terapêuticas” é da pessoa “acolhida” para o “tratamento”. Todas as atividades como limpeza, banho, alimentação, atividades de lazer e até mesmo cultos religiosos seguem uma rigidez de horários e, muitas destas metodologias de tratamento chegam a contar com punições físicas e morais caso haja algum descumprimento destas regras. Segundo o relatório publicado pelo Conectas Sebrap em 2022 intitulado “Imposição da Fé como Política Pública: as Comunidade

Terapêuticas no Rio de Janeiro”, os gestores e técnicos destes estabelecimentos habitualmente afirmam que a adesão à rotina estabelecida não é obrigatória, embora seja considerada parte fundamental de suposto tratamento. Algumas das intituladas “comunidades terapêuticas” visitadas durante a pesquisa supracitada afirmam exigir a assinatura de um termo de adesão (Conectas, 2022).

O relatório do Ipea aponta que a grande maioria dos estabelecimentos nomeados como “comunidades terapêuticas” no território brasileiro são de orientação religiosa cristã, sendo 40% de doutrina pentecostal, 27% católica, 17% afirmam estimular a “fé” e a crença em “um poder superior” como parte do “tratamento” realizado, assim como afirmam as orientações seguidas pelos grupos Narcóticos e Alcoólicos Anônimos que seguem o programa de Doze Passos. Nesta mesma pesquisa, 9% são de religiões não cristãs e 7% destes estabelecimentos revelam seguir preceitos cristãos evangélicos como adventista, metodista, batista, luterana, presbiteriana ou congregacional (Ipea, 2017).

Existe uma contradição fundamental que divide as falas dos técnicos e gestores e a realidade vivida por aqueles que se submetem ao “tratamento” que estes estabelecimentos oferecem e a mesma é apontada no relatório da Conectas Cebrap do ano de 2022.

A contradição é flagrante: se o “tratamento” tem como uma de suas bases a chamada “espiritualidade”, assentada no princípio de que “não adianta” negar a regência de um “poder superior”, e se práticas religiosas cristãs são parte da rotina do referido “tratamento”, onde ficam a adesão voluntária e, conseqüentemente, o direito fundamental à liberdade de crença, que inclui diversas religiões não cristãs, além do ateísmo e do agnosticismo? (Conectas Cebrap, 2022, p. 33)

O paradigma psiquiátrico criado por Philippe Pinel, Emil Kreapelin, Eugen Bleuler e tantos outros hoje encontra-se em um estado crítico após fortes movimentos que fomentavam questionamentos de seus métodos e da eficácia de seus tratamentos. Nomes como Franco Basaglia, Ronald Laing, David Cooper e Thomas Szasz evidenciaram, primordialmente, relações de poder amparadas por este paradigma (Freitas e Amarante, 2015).

Thomas Szasz, em seu trabalho *A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo da inquisição e do movimento de saúde mental*, publicado em 1976, e em suas obras em geral, se dedicou a reconstruir a maneira como a sociedade compreende e se relaciona, em uma perspectiva histórica, com fenômenos como a loucura, as relações homoafetivas, o aborto o consumo de álcool e drogas ilícitas, dentre muitos outros comportamentos considerados como desviantes. A percepção e interpretação destes fenômenos dentro do campo dos saberes médicos afirma o a manutenção e o exercício de um poder que regula as crenças e teorias que as circunscrevem dentro do paradigma psiquiátrico, da medicalização autenticação do sofrimento

e da medicamentação como abordagem e tratamento.

O forte viés religioso bloqueia em diversos âmbitos qualquer debate mais aprofundado, baseado em critérios técnico-científicos, sobre as CTs e sobre política de drogas em geral. O fato de as CTs realizarem um trabalho visto como de assistência a pessoas pobres – muitas vezes em locais onde os serviços públicos são notoriamente incipientes – é invocado para legitimar a presença e a atuação dessas entidades num campo que deveria ser o da saúde e da assistência públicas. (Conectas, 2022, p. 33)

Entretanto, como as “comunidades terapêuticas” são consideradas serviços de “apoio à saúde” e não estabelecimentos de saúde propriamente dito. Por consequência, não tem obrigatoriedade de manter uma equipe de saúde contendo médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros, em seu quadro de funcionários (Conectas, 2022). Outro desdobramento desta designação é que uma parceria entre estes estabelecimentos com a Rede de Atenção psicossocial como um todo tende a ser pontual, bem como com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), onde este atendimento pontual é feito aos “acolhidos” que necessitam apenas emitir documentação (Conectas, 2022).

A presença de trabalhadores da saúde, sobretudo médicos, em estabelecimentos onde são administradas drogas psiquiátricas seria coerente. Porém, como apontado no relatório da Conectas (2022), a presença de uma equipe de saúde nestes estabelecimentos justificaria a precária rede estabelecida entre as denominadas “comunidades terapêuticas” e a RAPS, uma vez que a parte medicamentosa do suposto tratamento seria feito na “comunidade terapêutica”.

O relatório aponta ainda que a limitação de acesso e à reinserção aos serviços supracitados reduz as possibilidades destes sujeitos serem tratados de acordo com a égide da lei 10.216 e, além disso, configura violação de direitos e imposição autoritária de uma única forma de lidar com essa questão (Conectas, 2022).

Além de adequações do espaço físico, das rotinas e do quadro técnico, mencionaram-se mudanças que viriam ocorrendo na forma de compreender o uso problemático de drogas, ou pelo menos nos termos usados para referir-se a ele; por exemplo, a substituição de “vício” por “dependência”, que expressaria um deslocamento da noção de “desvio moral” para a de “doença”: (Conectas Cebrap, 2022)

A proposta de “cura” para os comportamentos desviantes daqueles que não se enquadram nos padrões sociais de comportamento foi desenvolvido por Philippe Pinel no final do século XVIII e serviu de fundamentação para a prática psiquiátrica contemporânea. O chamado “tratamento moral” consistia em uma rotina rígida de tarefas, atividades de trabalho e lazer, medicamentos e afastamento social. Pinel pensava a chamada alienação mental como qualquer outra enfermidade orgânica, ligando-as a condições fisiológicas, hereditárias e ambientais. Tal pedagogia normalizadora foi a alternativa que propunha romper com o

paradigma vigente, sendo referida como a teoria que “libertou a loucura dos grilhões”.

O tratamento moral foi então praticado por alienistas e as instituições psiquiátricas adotaram a prática entendida como revolucionária pois, neste mesmo período histórico, a insanidade era assimilada como possessão demoníaca. Essas pessoas eram consideradas criaturas bizarras, grotescas, sub-humanas. A elas eram aplicados espancamentos, purgantes, eméticos e sangrias, além amarrações em correntes e encarceramento em porões.

A retirada do entendimento dos comportamentos desviantes e moralmente incompreendidos das práticas discursivas religiosas foi uma mudança que marcou a forma de compreensão e relação com este fenômeno. A inserção dos comportamentos desviantes no discurso médico, embora retirasse da lógica religiosa sua compreensão e proposta de tratamento, não se distanciava tanto assim os olhares sobre este fenômeno pela influência ainda predominante do cristianismo. Além disso, a lisura da prática médica era colocada em questão por ser considerada indigna qualquer relação com a imoralidade que estes sujeitos representavam. O trabalho de Pinel, embora ainda colocasse estes sujeitos em uma posição distanciada da sociedade e do cuidado em liberdade, já apontava para os caminhos que tratamento destas questões tomaria ao longo do desenvolvimento da medicina e do saber psiquiátrico.

O processo de medicalização da loucura e a proposta de reconfiguração do espaço de isolamento sustentou grandes contingentes populacionais, afastando cada vez mais tais desvios do discurso religioso. A reinserção da moral religiosa ao tratamento desses sujeitos reaparece na literatura a partir da experiência de Minnesota, na Clínica Hazelden, onde o método dos Alcoólicos Anônimos e o manejo profissional dos doze passos foi utilizado para a reabilitação de casos de uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Na explicação das “causas” do uso de drogas também se aciona uma mistura do modelo moral-religioso com a busca de fundamentos pretensamente mais “científicos”, como ilustra a entrevista de um técnico que “diagnosticou” o problema como fruto de herança genética atuante por quatro gerações, mas controlável pelo “caráter” e pela “dignidade” que se adquire no “tratamento”: (Conectas, 2022)

A proposta de “reconstrução do eu” proposta pelas denominadas “comunidades terapêuticas” com base em princípios morais e religiosos, mesmo com tensões, dissonâncias e ambivalências, legitima e atualiza práticas e discursos incluídos privilegiadamente nas políticas de drogas, obtendo recursos do Estado e conquistando espaço no campo da atenção ao uso problemático de drogas (Conectas, 2022). Desta mesma forma, é possível pensar o “tratamento” proposto a partir da “mortificação do eu” pensado por Erwin Goffman em *Manicômios*,

*Conventos e Prisões* (1961), aonde é apontado o sequestro institucionalizado dos corpos e subjetividades por instituições que tem por finalidade o controle de parcelas ditas como desviantes da população.

Tal ferramenta de controle foi muito bem estudada por Foucault em *Microfísica do Poder* (1978), *Vigiar e Punir* (1975) e toda sua construção sobre o biopoder, como já descrito. Porém, não se deve deixar de lado Frantz Fanon que em *Peles Negras, Mascaras Brancas* (1952) e *Condenados da Terra* (1961) dissertou sobre as dimensões sociais do sofrimento psicossocial e, através da experiência argeliana, sobre a produção da ideia de desumanização, animalização, alienação de sujeitos, assim como delineou a instituição do poder médico na manutenção da ordem, bem como o seu papel na sociedade contemporânea, e sua atuação em instituições cujo colonialismo e o capitalismo instituem saberes para controle de corpos e subjetividades.

Como descrito pelos autores supracitados, as populações que ocupam tais instituições possuem etnia, raça, gênero, localização geográfica e renda definida, em grande parte tais fatores sociais definem os corpos e subjetividades a serem controlados pelo poder hegemônico. Formas de sofrimento, concepções de saúde mental, construção de políticas de saúde coletiva e saúde mental estão relacionadas diretamente à disputa de projetos societários, assim como proposto por todo trabalho de Martín-Baró, sobretudo em *Para uma Psicologia da Libertação* publicado no ano de 1986, e sua investigação acerca de produção de sofrimento a partir de sua experiência em El Salvador, que em sua proposta contra hegemônica na psicologia comunitária, sugere uma nova relação entre indivíduo e sociedade, revelando a intrínseca relação entre o sofrimento e as condições sociais.

Assim, é possível pensar o sofrimento como um fenômeno psicossocial, relacionado as manifestações singulares de sofrimento ao campo simbólico e a espaços institucionalizados de estruturas sociais. Formas de produzir sofrimento e adoecimento são retroalimentados por formas de produção de lucro, sendo a medicalização da vida uma das mais evidentes provas de que a naturalização de uma forma de conhecimento sobre um fenômeno se reconhecida como a possível única forma de lidar com a questão. A relação entre a produção estrutural do sofrimento, o modo de produção capitalista e a formação social brasileira tornam o campo da saúde mental uma fonte rica para contribuições com algumas reflexões.

Em concordância com “Um discurso sobre as ciências” de Boaventura de Sousa Santos (1987), é evidente uma necessidade de rompimento com formas de pensar para que possibilite uma mudança neste paradigma. A crítica à necessidade de fazer ciência a partir do positivismo lógico, empírico, a cisão das ciências naturais com as ciências humanas, são dissertadas por

este autor como forma de romper com o paradigma dominante, com ou qualquer tipo de marco metodológico que seja amarrado, abstratamente dado, e não possa ser modificado sob pena de não ser considerado ciência.

Boaventura também fala sobre a necessidade de fazer ciência através de pesquisas quali e quantitativa, propondo que a ciência tenha que ser sempre local, porque a mesma deve levar em consideração o local de fala daquele que está elaborando o conhecimento, sendo assim também uma ciência que pressupõe um autoconhecimento, pois há uma transformação do objeto de pesquisa e do pesquisador que se debruça sobre ele. Desta forma, segundo o autor, a ciência também necessita ser pautada no senso comum, pois o mesmo não leva em consideração rigores metodológicos, mas privilegia a produção de conhecimento em comunidade. Porém, alerta que o conhecimento do senso comum sem um arcabouço metodológico válido, pode se tornar autoritário. Afirmando que somente poderia ser considerado ciência a união das premissas de estar sempre aberto às oportunidades de conhecimento social através da comunidade proveniente do senso comum acrescido a uma metodologia científica adequada.

Quase trinta anos depois, Boaventura foi desenvolvendo seus pensamentos até chegar na produção de seu livro *Epistemologias do Sul* (2009), aonde fez uma análise política do território geográfico, nomeando países ditos por ele como periféricos à localização sul deste mapa, e, ao norte global, localizou países economicamente dominantes. Fala também sobre um diálogo intercultural para que uma forma de cultura possa existir sem que uma se sobreponha a outra, para que haja uma união de características que intercambiem entre si. Como uma união entre o conjunto de conhecimentos tratados como periféricos pela forma de pensamento dominante

Tratando a forma de produção de cultura dos países colonizados como “abissal” em consonância com uma proposta de ruptura com esta forma de pensamento tem a proposta de produzir uma valorização dos conhecimentos que sofreram uma tentativa de apagamento de culturas colonizadoras. O “epistemicídio” também é um outro conceito de Boaventura que se trata sobre o genocídio da produção de conhecimento desses países considerados “abissais”.

A medicalização do espaço social teve uma construção paulatina ao longo dos séculos e são destacadas por Foucault (1990) três grandes movimentos que antecederam a Saúde Pública: a medicina urbana na França, a polícia médica na Alemanha e a medicina da força de trabalho na Inglaterra. Porém, na Saúde Coletiva, as práticas sanitárias devem considerar todas as condições sociopolíticas, econômicas e institucionais, trazendo os aspectos simbólicos das relações entre sujeitos e territórios, bem como as estruturas simbólicas de poder. Como cita Birman (1991), os campos da Saúde Pública e Saúde Coletiva não possuem homogeneidade

pois emergiram de diferentes formas de discurso pelas suas origens históricas particulares e fundamentos epistemológicos diversos.

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica visavam, sobretudo, um rompimento com a lógica da Psiquiatria tradicional que, em sua gama de conhecimentos supostamente estabelecidos, e na sua forma de tratar o sujeito que destoava dos parâmetros de normalidade estabelecidos. De toda forma, seja com o foco no tratamento na instituição – como na psiquiatria tradicional, na Comunidade Terapêutica ou na Psicoterapia Institucional – com o foco no tratamento na comunidade – como a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva – ou com o pensamento revolucionário da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, os pressupostos originais que emergiam sobre a forma de enxergar a questão da loucura, da alienação mental diferiam das construções epistemológicas anteriores que levaram a “animalização” destes sujeitos. Estes movimentos proporcionaram escuta às vozes silenciadas pelo estigma da loucura, emergindo formas de protagonismo destes sujeitos em seus próprios processos.

Sendo esta uma forma há muitos séculos utilizada pela parcela social que centralizava um poder hegemônico, e que foi uma ferramenta para expansão de seus territórios, a predominância desta cultura em proporções globais ditou uma influência preponderante nos moldes socioeconômicos atuais. Segundo Santos (1988), o declínio do paradigma dominante ocorreu na ciência por fugir de seu viés dualista a os aspectos socioculturais que circundam os indivíduos. A insuficiência do modelo biomédico como única lente para perceber as nuances existentes entre um estado saudável e um estado adoecido de um corpo, em uma subjetividade, de um contexto social. A produção de vulnerabilidades produzida por discursos políticos e econômicos, tende a provocar estigmatização de sujeitos, tornando-os mais suscetíveis às consequências que a desigualdade produz. Traçando uma linha tênue entre cuidado, controle e concentração da riqueza e do poder político.

Em um diálogo com o autor Boaventura de Sousa Santos, é possível dizer que os saberes sobre o sofrimento mental e suas formas de “tratamento” foram dominadas por uma lógica colonizadora de conhecimento que proporcionou um apagamento de formas de lidar com esta questão. Não somente com um recorte geográfico e econômico, mas também de gênero, raça e cor, uma linha foi traçada a dividir sujeito em um plano dicotômico que separava os normais dos loucos, os saudáveis dos doentes, o psiquiatra do paciente. Formas dicotômicas de observar o fenômeno sob o recorte de uma Linha Abissal. A construção de conhecimento e de práticas discursivas a respeito da loucura, das substâncias psicoativas e do sofrimento físico e mental foram retiradas do campo da religião para que fosse apropriada pelo saber da medicina, hoje, as “comunidades terapêuticas”, sobretudo no cenário brasileiro, atuam na contramão desse

processo.

Desta forma, os referidos estabelecimentos retomam a visão anterior ao surgimento da Comunidade Terapêutica, até mesmo anterior a construção de saber da psiquiatria tradicional, retornam inclusive à medicalização da loucura, propondo uma “religionalização” destas questões que saíram do campo religioso para serem tratadas por uma questão médica e hoje propõe que seja recolocada no campo da religião.

#### 5.4 REDUÇÃO DE DANOS VERSUS ABSTINÊNCIA: VICISSITUDES DA ABORDAGEM MORAL.

Das tantas estratégias inovadoras no campo da saúde que transcendem a lógica hospitalocêntrica por reconhecerem a sua insuficiência, o destaque importante a ser dado à redução de danos neste trabalho se deve ao longo caminho já atravessado o através do tempo que comprovam sua eficácia, embora ainda hoje sejam enfrentadas dificuldades em sua implementação por confrontarem o discurso moral religioso.

Denis Petuco (2011) menciona que a redução de danos se sustenta historicamente em forma de tripé, mencionando as experiências da Inglaterra, Holanda e Brasil. Sobre a experiência inglesa, cita o aumento do uso problemático de morfina e heroína no período após a primeira Guerra Mundial, que trouxe como consequência a tentativa lidar com essa questão através da abstinência total destas substâncias. Porém, o conjunto relacionado aos sintomas da abstinência, além de provocar um intenso sofrimento, em casos mais extremos, poderia até mesmo causar a morte. Como alternativa, a aposta em uma administração controlada destas substâncias tornou-se revolucionária à época. O autor cita também trabalho de Maxwell Jones no período após Segunda Guerra Mundial e suas primeiras experiências de Comunidade Terapêutica que, em um primeiro momento acolhendo os sujeitos em sofrimento pelas experiências vividas na guerra.

A redução de danos ganhou espaço em um segundo momento a partir da década de 80, na Holanda. Neste contexto, as autoridades sanitárias holandesas lidavam com o receio acerca do crescimento dos casos de Hepatite B entre os usuários de drogas injetáveis e, por isso, a proibição da venda destes utensílios em uma farmácia no centro de Amsterdã. Isto gerou uma série de movimentos entre usuários e ex-usuários que tinham como ponto central a preocupação sobre o papel social e sobre os direitos civis dos usuários, lançaram a proposta de distribuição livre dos utensílios necessários para o consumo de drogas injetáveis, recebendo apoio do



Serviço Municipal de Saúde e de outras entidades envolvidas com a questão (Verster Apud Petuco, 2011)

A partir da década de 90, artigos e revisões sistemáticas apontavam a eficácia desta medida enquanto uma técnica que, em um primeiro momento, ganhou destaque com a troca de seringas para drogas injetáveis, investindo na redução de efeitos negativos para o sujeito em uso e para toda a sociedade – como os casos de infecção por HIV/AIDS e hepatite.

Os efeitos positivos da redução de danos não se mostraram eficientes somente nos casos de uso de drogas injetáveis, mas também para o uso de demais substâncias lícitas e ilícitas, inclusive as psiquiátricas. A primeira ação redutora de danos em território brasileiro foi na cidade de Santos, em São Paulo, no ano de 1989, em função dos altos índices de transmissão de HIV relacionados a usuários de drogas injetáveis (Mesquita, 1991) e, a partir de então, ganhou espaço em outros municípios e estados do território nacional.

A inserção da redução de danos no Brasil está alinhada com a construção do SUSE e o processo de Reforma Sanitária Brasileira uma vez que visa a garantia de direitos à saúde para pessoas que fazem consumo de drogas, tendo como ponto e partida a garantia de direitos constitucionais, garantindo a integralidade e a universalidade do cuidado em saúde como um dever do Estado. O incentivo à participação do sujeito em seu processo de cuidado, dando a ele o protagonismo e o direito à escolha em seu próprio processo é um dos pressupostos da redução de danos que segue em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

No ano de 2003, as ações de redução de danos deixaram de ser uma estratégia exclusiva para os Programas de DST/AIDS. Passando a integrar um conjunto de estratégias norteadoras da política de saúde mental e da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas A redução de danos está para além do uso abusivo de substâncias, está presente na vida das pessoas que consomem drogas lícitas e ilícitas, sendo ela não somente uma técnica, mas uma ética, uma construção de um vínculo entre os sujeitos e os cuidados em saúde, é a proposta e pensar um cuidado para a ampliação da vida de pessoas que estão em situação de vulnerabilidade (Lancetti, 2006),

Muitas ações foram paralisadas, a partir do ano de 2004, por consequência do desinvestimento nas áreas de saúde pública e saúde mental. A falta do financiamento, as instabilidades e descontinuidades marcadas pelos processos de terceirização e precarização dos vínculos de trabalhos culminou numa certa fragilidade na rede de redução de danos. Apesar do incentivo da Coordenação Nacional de Saúde Mental, não houve uma adesão, pelos Caps AD, às estratégias de redução de danos, como preconizado, então, nas diretrizes da Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

A redução de danos pressupõe um conjunto de estratégias que visam mitigar os efeitos negativos do uso de drogas sem que necessariamente haja a abstinência e, por isso, é entendida como uma medida de baixa exigência (Petuco, 2011). O embate com as políticas proibicionistas oriundas do processo de militarização vivido em décadas anteriores implicou no enfrentamento desta definição embasada num processo de ampliação de uma política pública de álcool e drogas que propusesse um novo paradigma clínico e político. Enfrentando esses arranjos macropolíticos que possibilitam práticas autoritárias dentro de um Estado Democrático, a importância de uma posição estratégica na reforma estatal talhou a redução de danos como uma estratégia inserida nessa abertura política que segue em consonância com a política global de “guerra às drogas”.

O paradigma da abstinência como única direção clínica possível frente o uso de substâncias está relacionada aos interesses dos chamados dispositivos de poder (Deleuze, 1988, 1996; Foucault, 1988) que definem a governabilidade das políticas de drogas, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico e psiquiátrico e religioso, revelando à fundo a dimensão dos desafios que a lógica de redução de danos enfrenta diante da problematização da produção de verdade nessas relações de poder (Passos e Souza, 2011).

O tecido entre o poder psiquiátrico, o direito penal e a moral cristã subjugaram os sujeitos em consumo de drogas a um saber-poder que privilegia o paradigma da abstinência, fazendo com que a construção do campo da redução de danos ao uso de drogas se depare com um desafio de larga amplitude.

Dentre os tantos desafios atuais neste campo, segundo Petuco et al (2023), ainda que no contexto de ataque à democracia e aos direitos sociais através de um golpe jurídico-parlamentar que destituiu Dilma Rousseff do cargo de presidente da República, a Redução de Danos ainda assim persevera. Sobretudo em um contexto marcando por um período de sucateamento de políticas socioassistenciais com uma forte reação neoliberal marcado pela reforma trabalhista, as robustas respostas de profissionais, gestores e usuários de drogas orientadas pelo lógica da Redução de Danos apresentaram a controvérsia de um período que apresentava severos retrocessos nas políticas públicas, a Redução de Danos experimentou um período de ascensão de novos atores no debate sobre política de drogas avanços no campo político, teórico e epistemológico. O autor cita a Rede de Feminista Antiproibicionistas e a Iniciativa Negra Por Uma Nova Política de Drogas.

## **6 NOVAS PROPOSTAS, VELHOS PROBLEMAS: NAS TRINCHEIRAS DO CAMPO DO ALCOOL E OUTRAS DROGAS**

### **6.1 A VIOLÊNCIA COMO PARTE VISCERAL DAS SUPOSTAS “COMUNIDADES TERAPÊUTICAS” BRASILEIRAS**

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, juntamente com outros órgãos das esferas Federal, Estadual e Municipal, o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), instituído pela lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Brasil, 2006), está atualmente responsável por ações que visam reduzir a oferta de drogas no país. Contando com duas diretorias, a diretoria de Gestão de Ativos (DGA) e a Diretoria de Políticas Públicas e Articulação Institucional (DPPA) (Brasil, 2006), A política de drogas concentrava-se inteiramente, até o ano de 2018, na SENAD, no Ministério da Justiça e Segurança Pública. Com o decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 (Brasil, 2019), essa política foi dividida entre o Ministério da Justiça e Segurança Pública e o Ministério da Cidadania e, a partir de 2019, ficando cada ministério responsável pelas suas respectivas secretarias para tratar do assunto. Para a realidade brasileira, dois documentos tornaram-se fundamentais para compreender estes estabelecimentos: a Nota Técnica Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras, publicado em 2017, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, publicado em 2018, pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada publicou em 2017 uma nota técnica com o perfil das “comunidades terapêuticas” brasileiras e apontou as mesmas como residências coletivas temporárias onde pessoas em uso de substâncias psicoativas permanecem isoladas de suas relações sociais prévias firmando o propósito de renunciarem definitivamente o uso de drogas e, assim, adotarem um novo estilo de vida pautado na abstinência. Em sua permanência nas “comunidades terapêuticas”, os usuários são submetidos a uma rotina que preza a disciplina, atividades de trabalho e práticas religiosas. As terapias psicológicas, reuniões de mútua ajuda e cultos religiosos fazem parte da rotina dos usuários. O tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, sendo levadas em conta também a terapia e as medicalizações, tornam-se elementos fundamentais para a proposta de recuperação do usuário de drogas. Alguns estabelecimentos que possuem maiores retidões a dogmas religiosos tendem também a depositar em algo de ordem divina a possibilidade de recuperação do indivíduo (Ipea, 2017). O

mesmo documento também aponta que ainda as instituições que não são vinculadas a nenhum tipo de religião, as questões ditas de ordem espiritual ainda assim são vistas com grande importância e estão presentes em todas as “comunidades terapêuticas” em maior ou menor intensidade. O Relatório Inspeção Nacional às Comunidades Terapêuticas também cita que:

Os relatos apontam que há casos de encaminhamentos feitos por familiares – que poderiam ser justificados pelo desconhecimento das normas ou pela desestruturação familiar –, mas há também indicações da ação do poder público e de profissionais da área de saúde no uso de comunidades terapêuticas como espaços de internação de pessoas com transtornos mentais de diversos perfis. (CFP, 2018, p 136).

Nesses estabelecimentos também se destaca o trabalho como forma de terapia, ou laborterapia, como é comumente chamado e praticado pelas “comunidades terapêuticas”, viola princípios da lei 10.216/2001 (Brasil, 2001), e o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2018) denuncia que o trabalho nestes estabelecimentos é, muitas vezes, empregado de forma insalubre, não remunerada, sem qualquer garantia de direitos trabalhistas apresentando indício de trabalho análogo à escravidão. A limpeza, manutenção, vigilância, alimentação, e até mesmo controle e administração de medicamentos são feitos por trabalhadores que se encaixam nas condições descritas, substituindo também, assim, as despesas com a contratação de profissionais competentes para cada função. Nesta mesma inspeção são relatadas também violações de direitos civis implicadas aos usuários e seus familiares. Porém, cada uma das experiências citadas anteriormente traz consigo características relacionadas ao contexto sócio, histórico e cultural nas quais as “comunidades terapêuticas” foram inseridas e se estabeleceram. As semelhanças e divergências apontam aquilo que está intrinsecamente ligado ao que há de singular em cada território. Maxwell Jones alerta quanto a isso, como segue:

Parece que as atitudes comunitárias em face dos enfermos mentais tendem a tornar-se mais positivas, embora a maioria dos estudos neste setor provenha dos EUA e, em vista das diferenças culturais, não se possa aplicar da mesma forma à Grã-Bretanha. (Jones, 1972, p 21).

As internações compulsórias somente podem ser expedidas por um juiz, como previsto na lei 10.216 (Brasil, 2001) e, nas instituições fiscalizadas, as intervenções são feitas mesmo com a ausência de equipe técnica mínima e expedições judiciais. O paciente permanece por tempo indeterminado sem projeto terapêutico minimamente estabelecido. Castigos e punições são aplicados em casos onde o usuário se coloca em uma posição resistente às regras do estabelecimento, contando inclusive com agressões físicas, privações de sono e alimentação, uso de contenção com amarras ou medicamentos, violação da liberdade religiosa, entre outros.

E, com relação ao financiamento, algumas são financiadas pelo Estado, outras através de financiamento de igrejas, alguma outras cobram mensalidade dos usuários e, por fim, há aquelas que se mantem por conta própria, muito embora um dos argumentos frequentemente utilizados pelas instituições, inclusive aquelas que recebem verba pública, refere-se à necessidade de contribuição, por parte dos usuários, na manutenção do espaço (Maisano, 2014).

Segundo a análise do Conselho Federal de Psicologia (2018), podemos inferir um pressuposto moral no qual se baseia o tratamento realizado pela maior parte das “comunidades terapêuticas” é que a disciplina advém do trabalho. Também é possível compreender através dos relatórios supracitados que grande parte destas instituições tem caráter asilar, grande parte das internações involuntárias e compulsórias, a ausência de projeto terapêutico individual – fundamental no cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas segundo os documentos supracitados –, ausência de protocolos de desinstitucionalização, tempo excessivo de internação, entre outros. Este relatório também faz alusão ao fato das “comunidades terapêuticas” se autodeterminarem instituições de portas abertas, dizendo com isso que os pacientes poderiam entrar e sair quando desejassem. Porém, o mesmo relatório aponta que a metodologia aplicada difere deste discurso. Grande parte destas instituições estão localizadas em uma considerável distância dos centros urbanos e, ainda, são retidos os documentos de identificação do paciente no momento da internação (CFP, 2018).

O relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2018) discorre também sobre o que chama de “‘Novos Usos’ para as Comunidades Terapêuticas”, aonde são descritos casos de internação de pessoas com comportamentos considerados moralmente desviantes da norma, sendo estes casos comumente registrados como internações por “agressividade e rebeldia” ou “deficiência intelectual”. Importante citar também as referências feitas neste documento sobre a atuação destes estabelecimentos frente as situações chamadas de “crises de abstinência” ou das variadas intervenções diante crises familiares ou do próprio sujeito.

Outro preocupante dado levantado neste relatório é a existência da administração de psicofármacos de forma compulsória. Benzodiazepínicos, por exemplo, são administrados muitas vezes sem prescrição uma vez que poucas são as “comunidades terapêuticas” que possuam equipe médica responsável. Medicamentos que necessitam de receita médica para serem compradas são adquiridas e administradas de forma banal, o que remete às práticas características de instituições manicomializadas. É possível identificar que as “comunidades terapêuticas” sem nenhuma vinculação religiosa convivem com a precarização dos vínculos de trabalho, havendo um grande apelo ao trabalho voluntário por ter uma baixa adesão de

profissionais (Ipea, 2017), que vai de encontro com a resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD - que exige que tais instituições tem por obrigatoriedade a presença de uma equipe técnica multidisciplinar, sob responsabilidade de um profissional de ensino superior legalmente habilitado e um substituto que tenha a mesma qualificação. Não são feitas referências sobre a formação necessária destes profissionais e nem tampouco a quantidade deles por equipe.

Desta forma, é interessante pensar que:

[...] a partir de Basaglia, ficou claro que tais experiências não deveria ser um fim em si só, isto é, a imagem-objetivo não seria a transformação do modelo hospitalar em um modelo moderno, higienizado, humanizado, pois as características asilares sempre faziam com que os avanços fossem limitados quando não os faziam retroceder. Assembleias, reuniões de equipe, clubes de paciente, dentre outros recursos nascidos na Comunidade Terapêuticas e na Psicologia Institucional foram adotados como estratégias para o processo de desmontagem da lógica manicomial e não para seu aperfeiçoamento. Este é um dos princípios fundamentais da proposta de saúde mental e atenção psicossocial: a superação do modelo manicomial. (Amarante, 2011, p. 105)

A retomada de práticas asilares, a falta de incentivo à autonomia dos sujeitos em seu tratamento e o retorno de práticas semelhantes aos das Instituições Totais descritas por Goffman (1961) reafirmam o preconceito e a discriminação das pessoas em processos de sofrimento psíquico e em uso de drogas. Desta forma, não se trata de tentar corrigir algo que tenha a conotação de defeito, de um desvio, como um mal físico que pode ser corrigido com uma cirurgia, ou até mesmo uma cirurgia plástica ou um analfabeto que pode ser alfabetizado (Goffman, 1961), entender tal interferência na formulação de políticas públicas, bem como suas práticas sociais, é admitir seus possíveis reflexos na assistência de um grupo específico e colocá-los em uma desvantagem sistemática sendo, como citado por Richard Parker (2013) parte de uma violência voltada às realidades das periferias das sociedades capitalistas contemporâneas.

A Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME em uma nota técnica sobre “A ideologia manicomial e a contrarreforma no cuidado em saúde mental: posicionamento crítico da ABRASME ao Edital de Chamamento Público Nº 03/2022 do Ministério da Cidadania de abril de 2022”, coloca-se mais uma vez contrária ao direcionamento de verba pública para a manutenção e fortalecimento de práticas manicomiais. Nesta mesma nota técnica afirma que:

As CT nasceram na Inglaterra como uma tentativa de salvar o colapso dos manicômios; em geral, seguem os mesmos fundamentos: isolamento, tratamento moral e ‘assistência religiosa’, exatamente como fizeram os grandes manicômios administrados pelas Santas Casas de Misericórdia. (ABRASME, 2022, p 10).

É possível perceber que muitas são as formas de funcionamento e recursos teóricos e

práticos das hoje intituladas “comunidades terapêuticas” que se encontram em funcionamento no território brasileiro e, para que seja fundamentada a discussão e as possíveis formas de lutar contra a perpetuação de práticas manicomialmente vinculadas a este termo, um mergulho nestas formações discursivas apresenta sua urgência.

O Conectas Direitos Humanos e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Conectas; Cebrap) trouxeram um importante dado relativo às práticas violentas impostas no “tratamento” aos sujeitos que se encontram em “comunidades terapêuticas” no estado do Rio de Janeiro. Embora afirme que não seja possível afirmar que este é um padrão de funcionamento destas unidades uma vez que a amostragem da pesquisa não possibilitaria esta avaliação, revela que uma naturalização da violência de grupos criminosos direcionada às pessoas “internadas” nas “comunidades terapêuticas” é exercida em prol da manutenção dos mesmos dentro destas instituições. Mesmo que parte dos entrevistados afirmem que as práticas de internações involuntárias e compulsórias não aconteçam nas “comunidades terapêuticas” visitadas durante a pesquisa, por acreditarem que o tratamento proposto só funciona se for voluntário, os líderes de “comunidades terapêuticas” que são localizadas em territórios onde o crime organizado é dominante afirmam que esta forma de poder paralelo age na evitação de fugas dos usuários, chegando até a aplicar-lhes castigos físicos.

A fiscalização fraca ou leniente das diversas violações de direitos nesses espaços seria uma expressão da permissividade dos órgãos fiscalizadores, como a Vigilância Sanitária, em suas atuações (Loeck, 2018). O afrouxamento das exigências que permitem tais instituições continuarem funcionando e recebendo verba pública mesmo depois de fiscalizadas, com o reforçamento do discurso “qualquer lugar é melhor que a rua”, a Vigilância Sanitária estaria assumindo muito mais um papel de parceria junto a estas instituições, sendo destituída de seu papel fiscalizador e atuando em uma função possibilitadora desta forma de funcionamento (Loeck, 2018).

A luta por direitos em saúde e a desconstrução do paradigma psiquiátrico atravessam as discussões relativas à saúde mental no Brasil e teve seu ápice nas décadas de 1960 e 1970, reflexo de movimentos que aconteciam em países como Itália, França e Inglaterra décadas antes e que reverberaram até os dias atuais. As denúncias de maus tratos e as críticas ao modelo manicomial alavancaram reformas nesse setor que puderam ser então identificados originalmente. Como citado anteriormente, a importância dos princípios instituídos por Franco Basaglia e do como o mesmo operou seu projeto de intervenção foi um dos fatores que proporcionaram sucesso nos acontecimentos consequentes.

Construir um novo lugar social para os ditos loucos ou de sujeitos em uso prejudicial de álcool e outras drogas, passando necessariamente pelo conceito de saúde e bem estar psicossocial, não deixando de considerar sempre as questões contemporâneas na assistência em saúde mental que ganha destaque diante dos retrocessos nas políticas públicas e no modo de tratamento das demandas urgentes à saúde e as formas de cuidado oferecidas àqueles que sofrem de questões psíquicas, assim como na percepção de modos de sofrimento dos sujeitos na atualidade e as tantas formas de cuidados em saúde implicadas a cada sujeito, bem como a influência das instituições e das forças de poderes hegemônicas que exercem poder sobre os corpos e subjetividades.

A reflexão sobre a construção do objeto loucura conduz para a investigação do processo histórico de produção acerca deste tipo de experiência que, através do dispositivo psiquiátrico, foi estruturado o objeto doença mental. Por meio de suas tecnologias e procedimentos de poder como suas práticas e instituições, o dispositivo psiquiátrico apropria-se da loucura e transforma este fenômeno e, para que possa ser pensada a produção histórica de suas práticas e saberes, a genealogia proposta por Foucault introduz a noção de positividade do poder, produção de normas que visibilizem objetos a ruptura arqueológica na história do conhecimento (Foucault, 1974, 1978, 1979; Machado, 1979 e 1986).

As rupturas com o método alienista e psiquiátrico que os movimentos de reforma começaram propor, que evidenciam em seu produto uma racionalidade naturalista colocava em primeiro plano uma reorientação do entendimento de saúde, doença e loucura, desconstruindo a simplificação e a relação reducionista das conceituações científicas da psiquiatria, pretendeu a desconstrução do dispositivo psiquiátrico e a superação dos manicômios.

O conceito de dispositivo permite revisar as relações de poder, bem como as suas fabricações de objetos e sujeitos do saber. Por definição, ultrapassam as intervenções jurídicas e estatais, interferindo no como são instituídas as suas relações processuais e as análises das dimensões macro e micro políticas. O movimento de desinstitucionalização viabilizou uma tentativa de desconstrução da prática psiquiátrica, da problematização das práticas psiquiátricas e da desconstrução do modelo manicomial, apontando dificuldades na reorientação do modelo assistencial em saúde mental.

Desta forma, os processos de “produção de saúde” e “produção de vida” podem ser entendidos como um incessante caminho da desinstitucionalização da loucura. Desinstitucionalização como um processo social de robusta complexidade pois concebia a reabilitação destes sujeitos em sociedade, sendo este espaço possibilitador de produção de saúde



e introduzia a sociedade no processo de adoecimento e cura dos mesmos, sendo assim evidenciadas as desvantagens sociais e suas intervenções nos processos de adoecimento e cura.

## 6.2 AS “COMUNIDADES TERAPÊUTICAS” INSERIDAS NA “POLÍTICA DE GUERRA ÀS DROGAS”

A implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas se desdobrou a partir dos anos de 1990 em uma conjuntura nacional de ajustamento do país às medidas neoliberais.

Machado (2018) cita que o governo Lula (2003-2010) preocupou-se em melhorar a capacidade regulatória do Estado e priorizou estratégias de combate à pobreza e inclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade. Faveret e Oliveira (1990) apontam que o setor saúde no Brasil enfrenta conflitos entre dois paradigmas de política pública de saúde, o paradigma inglês que defende a universalização hegemônica do financiamento público e o paradigma norte-americano aonde há um predomínio do setor privado e somente os grupos vulneráveis socialmente tem ações estatais focalizadas.

Neste cenário, é importante destacar o art. 2º da portaria MS/GM nº 3.088/2011, que delineou como eixo central a garantia inalienável dos direitos humanos, onde todos os dispositivos da Raps estão submetidos às diretrizes previstas, e seu não cumprimento está em desacordo com o marco normativo. Esta portaria deu um novo passo ao inserir estes estabelecimentos na rede de atenção à saúde, incluindo as “comunidades terapêuticas”, sem que fosse construída uma definição precisa sobre a utilização deste termo. Ainda em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) regulamentou com a resolução RDC nº 29/2011 os requisitos de segurança sanitária para que fosse possível funcionar instituições caracterizadas por prestarem serviço de atenção às pessoas com questões relativas ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas em regime de residência.

Uma nova portaria foi publicada pelo Ministério da Saúde onde eram instituídos incentivos financeiros a estados e municípios para incentivo aos serviços em Regime Residencial que incluíam também as “comunidades terapêuticas” e, assim, instituiu padrões para que as mesmas pudessem receber financiamento que incluíam acompanhamento clínico, projeto técnico, estrutura, equipe técnica e documentação (Portaria MS/GM nº 131/2012). Embora essa norma não mencione diretamente o nome “comunidade terapêutica”, em uma outra Nota Técnica de nº 055/2013 também publicada pela Anvisa, a mesma é categórica ao

referir-se a estas instituições supracitadas como “comunidades terapêuticas”, orientando dúvidas sobre a presença de um responsável técnico que deveria possuir nível superior legalmente habilitado e com formação em qualquer área, discorrendo também sobre o processo de admissão e avaliação por instituições da rede de saúde e gestão de pessoal que envolva recursos humanos em período integral.

Assim, desde seus momentos iniciais, o campo da saúde mental enfrenta limites estruturais e mesmo assim fez avanços significativos até o ano de 2015 consolidando uma direção de promoção de cuidado a partir dos princípios da liberdade, da emancipação e dos direitos humanos (Passos, 2018). Assim, segundo Amarante (2011) “é, exatamente por causa desta postura radicalmente crítica quanto à farsa de tais instituições que se denominam de terapêuticas que a experiência italiana é, certamente, a mais viva e atual dentre todas as experiências internacionais que visitamos” (p. 104). Para que isso se torne viável, algumas estratégias foram adotadas, como: as mudanças jurídicas, assistenciais e culturais abriram caminho para que esse tratamento fosse realizado em serviços territoriais, ao invés de hospitais (Amarante e Nunes, 2018).

A partir de 2016, o lobby em torno da indústria de leitos de internação e da hegemonia do saber médico é novamente fortalecido, o que trouxe prejuízos à visão de uma rede intersetorial com base no cuidado comunitário e em liberdade. Foi publicada em setembro de 2017 pela ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) e pelo CFM (Conselho Federal de Medicina) uma Nota Pública, na qual foram pontuadas inconsistências e irregularidades na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (Pinho, 2019). Segundo Amarante e Nunes (2018), neste período, os informativos sobre a rede de atenção psicossocial acostados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas pararam de ser publicados, trazendo posteriormente dificuldade em acesso a repasses financeiros do Ministério da Saúde, que condicionou o destino destas verbas à regularização dos dados informados. A territorialização do fluxo dos recursos financeiros é uma ferramenta que vem sendo explorada nas últimas décadas como uma facilitadora na captação de informação e distribuição de recursos sanitários, ambientais e socioeconômicos de forma equânime à população

Em dezembro de 2017 foi aprovada a nova Política Nacional de Saúde Mental, que colocava novamente a centralidade dos cuidados nos Hospitais Psiquiátricos e ampliava o financiamento das “comunidades terapêuticas”. Posteriormente, um conjunto de portarias e iniciativas com baixo ou nenhum controle social e participação popular evidenciava um caráter fortemente estigmatizante e conservador deste novo modelo, salientando o discurso medicalizante e medicamentozante (Pinho, 2019). O autor ainda cita que estas publicações

fomentavam um ataque à eficiência da execução e implementação da RAPS, valorizavam as internações acima de 90 dias em hospitais psiquiátricos, o isolamento social, e tratavam as políticas de álcool e outras drogas a partir da esfera da Justiça e da Segurança Pública, associando o uso de drogas à criminalidade e reforçando o modelo de “guerra às drogas”, a retomar o foco ao modelo da abstinência e ainda desconsiderando a efetividade de abordagens como a redução de danos. Segundo Birman (2003) os processos de sofrimento contemporâneos são marcados por uma intensa medicalização que foi instituída como norma fundamental para a existência da sociedade contemporânea, assim, em suas formas de produção de saúde.

A tentativa de ruptura com a lógica biomédica e institucional relativa aos cuidados em saúde mental é um passo de resistência, sobretudo em tempos de retrocesso como descrito por Pinho (2021) e tantos outros autores hoje debruçados sobre uma análise crítica a respeito das consequências relacionadas as atuais mudanças no cenário da saúde mental e da atenção psicossocial.

Neste processo de correlação de tensões e forças relacionadas as disputas no campo da reforma psiquiátrica destacadamente conservador e retrocedente diante dos direitos conquistados abre espaço para propostas que trazem de volta logics manicomialis que ameaçam a consistência dos avanços da saúde mental enquanto política pública implementada nas últimas duas décadas (Gomes, 2018; Passos, 2018). Tal movimento correlaciona a manutenção de privilégios de grupos que defendem um sistema sob a lógica neoliberal de privatização e de manutenção da relação saúde-doença como um comércio que mantém grupos da sociedade em seu lugar de privilégio econômico e poder hegemônico.

Em 2019, foi promulgada a lei 13.840 que dispõe sobre a internação involuntária de pessoas que passam por situações de uso prejudicial de substâncias psicoativas sem que haja autorização judiciária (Brasil, 2019) e, através desta lei as internações passaram a ser por um profissional da assistência social ou de política de saúde e, segundo (Passos et al., 2020) essa legislação tem como objetivo o fortalecimento da internação como modelo central de tratamento e também visa o endurecimento da política nacional antidrogas. Assim, como desdobramento, há a tendência de ocorrer avanços ainda maiores das instituições denominadas comunidades terapêuticas.

Segundo a resolução do Conad nº 1 de 19 de agosto de 2015 (Brasil, 2015), que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como “comunidades terapêuticas” intitula estes estabelecimentos como pessoa jurídica, sem fins

lucrativos, que tem como características a adesão e permanência voluntárias, que devem ser formalizadas por escrito e que deve ser entendida como um programa de acolhimento, uma etapa transitória para a reinserção sócio familiar e econômica do acolhido, que tenha ambiente residencial de caráter transitório, que deve propiciar a formação de vínculos e de convivência entre pares com oferta de atividade que visem a promoção do desenvolvimento pessoal, com enfoque no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade por problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa.

Entretanto, sob o discurso do “acolhimento”, sujeitos submetidos às propostas de tratamento das denominadas “comunidades terapêuticas” estão sujeitos a perda de sua liberdade, retenção de seus bens, condições de trabalho análogos à escravidão, dentro outras formas de violação de direitos (CFP, 2018). Sob o discurso da guerra às drogas, da abstinência como única forma de remissão, a vulnerabilização de sujeitos na condição de consumo abusivo de substâncias.

Uma vez que os estabelecimentos intitulados “comunidades terapêuticas” que trazem consigo características manicomiais são incluídas ao quadro de serviço oficial e que é reconhecido como um componente de uma determinada política pública, deve ofertar tratamento e acolhimento de qualidade a essa população que se torna potencial vítima de Violência Estrutural (Galtung, 1969) por se tratar de uma violência indireta em sua estrutura social, onde há uma relação de poder desigual e, por consequência, oportunidades desiguais a estes indivíduos, desdobrando-se em um evitável comprometimento da vida humana por impedir estes sujeitos de serem atendidos em seus direitos constitucionais. De acordo com Achille Mbembe (2018), estas formas de produção de morte física, política ou simbólica são características de um mundo que está passando por uma crise sistêmica, sendo sustentada a partir de uma política centrada em uma produção de morte em larga escala e, tais aspectos sobre a produção da morte são difundidos detalhadamente pelo autor no conceito de *necropolítica*.

A trama teórica que envolve o conceito de necropolítica versa sobre formas de dominação e diferentes modos de exercício de poder. Nesta via, é necessário retornar ao trabalho de Foucault que seguiu uma trilha de análise de muitas formas de dominação e, em seu livro *Em Defesa da Sociedade* (2002) fala sobre O Racismo de Estado assim como trata sobre a gênese do estado contemporâneo, apresentando que as diferentes formas de dominação moderno surge de exigências materiais e econômicas únicas, engendrando modos distintos do exercício de poder.

A maneira que o poder se organiza não se destaca então de uma historicidade e, essa análise, a partir de sua concretude, é uma forma de dominação corpos. A *biopolítica*, portanto,

trata sobre o exercício de dominação do Estado sobre a vida e morte. Como tecnologia de sustentação e prolongamento da vida de forma disciplinar e reguladora, o exercício da determinação da morte ou do deixar morrer seria, para Foucault, orquestrado pelo racismo. Este importante elemento permite que se manifeste os mecanismos de morte em determinados corpos, de terminadas classes, em determinados espaços geográficos.

É imbricado ao corte entre o que deve viver ou morrer o cálculo político de gestão da população, tornando a formulação de um Estado-nação moderno estruturado racialmente. As biopolíticas que são derivadas da construção da ideia de raça tornam-se consequência da ideia de nação e da criação de um Estado nacional, podendo, a partir disto dizer que “foi nesse momento que o racismo se inseriu como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados modernos, e que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e em certas condições, não passe pelo racismo” (Foucault, 2002, p. 304).

Para o autor, o racismo teria então duas funções ligadas ao poder do estado. O primeiro se refere ao contínuo e biológico da espécie pois, a partir disto, é o racismo que determinará uma linha divisória entre aqueles que são pensados ocupando espaços antagônicos nas sociedades, entre melhores e piores, bons ou maus, pavimentando o percurso até serem distinguidos entre aqueles que serão deixados viver ou morrer. A segunda função seria permitir uma relação positiva com a morte do outro, perpassando ao desejo ou aceitabilidade da morte do outro, ao passo que, a inferiorização de uma certa parcela da população tornaria aceitável seu fim (Foucault, 2002) Tendo o Estado na figura de capataz dos cidadãos vulnerabilizados, são extintas as garantias constitucionais de um Estado Democrático de Direito àqueles que, em sua cor ou classe social, encontram-se abaixo da linha que propõe essa divisão (Barros, 2021)

Tendo a biopolítica de Foucault um dos alicerces de sua teoria - também fundamentada nos trabalhos de Karl Marx, Franz Fanon e Aimé Césaire – Mbembe afirma que o processo histórico que é capaz de transformar e atualizar os tais dinâmicas de poder também orienta de que forma as mudanças econômicas afetam também o modo de exercício do poder do Estado e a maneira pelas quais serão construídos os discursos em torno da gestão da vida e da morte (Barros, 2021).

É necessário citar que o conceito de necropolítica de Mbembe bebe de muitas fontes epistêmicas, e está vinculado aos conceitos de Estado de Exceção de Carl Schmitt e Estado de Exceção Contínua de Giorgio Agamben, quando o autor afirma que a necropolítica enquanto forma de gestão da vida a partir da produção sistemática da morte, é observada uma suspensão de todos os pactos e formulas de limitação do poder do Estado dados pelo direito em nome do

exercício de poder de alguns grupos que apropriam-se do Estado para interesses particulares através de uma produção sistemática da morte.

Utilizando também a interpretação de Silvio Almeida (2019), a austeridade e a redução das redes de proteção social implicam ao Estado o encarceramento e assolação de pessoas utilizando de sua força policial estatal ao extermínio, tornando regra uma política de inimizade, provocando um estado de desamparo e desesperança. Portanto, “o necropoder é emplacado onde a norma jurídica não alcança, onde o direito estatal se torna incapaz de domesticar o direito de matar” (Barros, 2021, p. 512).

### 6.3 UMA LINHA TÊNUE ENTRE LABORTERAPIA, IMPOSIÇÃO AO TRABALHO E VIOLAÇÃO AOS DIREITOS ESSENCIAIS: TORTURA E CONDIÇÕES DE TRABALHO ANÁLOGAS À ESCRAVIDÃO

Considerar o trabalho uma ferramenta essencial na abordagem das formas de sofrimento aqui citadas não se trata de uma novidade. A proposta de Pinel tinha como argumento a proposta de remissão de comportamento ditos como desviantes através do trabalho executado de forma mecânica. Acreditava também que esta tarefa, quando rigorosamente executada, haveria de ser um dos garantidores de manutenção à saúde, podendo assim ser utilizado como uma proposta terapêutica. Em tempos atuais, o trabalho realizado de forma compulsória nas “comunidades terapêuticas” é mantido operante na tentativa de recuperação de uma suposta racionalidade através de uma reorganização do comportamento Shimoguri e Costa-Rosa (2017).

O trabalho também é considerado como uma aposta na integração social do interno com a instituição e com as pessoas ali presentes. Neste sentido, a manutenção de vínculos entendidos como saudáveis e estáveis dentro das “comunidades terapêuticas” serviriam de tentativa de investimento na recuperação também dos vínculos familiares e sociais do indivíduo em consumo prejudicial de álcool e drogas haveria rompido no processo. Neste sentido, segundo Foucault (2007), o trabalho é utilizado como uma estratégia que visa a disciplina e o aumento da força corporal, bem como a sua utilidade, na mesma medida que diminui sua força e potência ao docilizar estes corpos em sua força política de desobediência.

O trabalho, então, torna-se uma ferramenta importante na criação de corpos dóceis. Nesta aposta terapêutica através do labor, parece ser ignorado o pensamento de que o trabalho muitas vezes representa um ambiente com um potencial adoecedor, podendo ampliar o sofrimento do sujeito e causar uma desordem em seus sistemas defensivos (Birman, 2012). Em

desacordo com os princípios da Lei nº 10.216/2001, que condena o uso do trabalho como ferramenta de disciplina, as “comunidades terapêuticas” contemporâneas, sobretudo no cenário brasileiro, utilizam-se de forma indiscriminado este recurso.

Nos dados revelados no relatório do Ipea (2017), a composição das equipes de trabalho nas “comunidades terapêuticas” analisadas era composta de forma híbrida, sendo parte desta equipe composta por internos que aderiram ao tratamento proposto e a outra metade composta por trabalhadores com formação técnica e universitária, voluntários ou contratados pela instituição. O formato híbrido também pode ser pensado quando a dualidade e coabitação de formas distintas de abordar a mesma temática, parte da equipe composta de trabalhadores que atuam de acordo com uma abordagem que argumenta com o campo da medicina, psicologia, assistência social, enfermagem e, de outro lado, uma parte da equipe de trabalhadores que tem como principal função a manutenção do discurso moral, religioso e espiritual.

Segundo o relatório, a crescente mobilização de força de trabalho para este setor mobilizou de forma diversa trabalhadores que hoje, segundo Pires (2018), compõe um mercado de trabalho próprio. As equipes, em sua maioria, são compostas de líderes religiosos, profissionais voluntários ou assalariados com formação técnica e universitária, voluntários e ex-acolhidos que atuam principalmente no chamado acolhimento de novos acolhidos.

O trabalho nas CTs é, apesar do discurso de laborterapia, afastado de qualquer objetivo de formação ou qualificação profissional com vistas a proporcionar novos horizontes e possibilidades de atividades remuneradas após o fim da internação. Não busca, da mesma forma, expressar potenciais ou fortalecer potencialidades. Como simples instrumento para preencher o tempo ocioso, o trabalho perde até mesmo seu sentido ético de autocuidado ou do cuidado com o comum. Por vezes, ganha, no lugar disso, o sentido de punição – quando se aumenta o trabalho como pena. (Pag 86)

Calcados no discurso de que a dependência química se trata de uma doença, o processo entendido como cura é intrinsecamente ligado a capacidade de abstinência total da substância e, acrescido do discurso moral-religioso, o tratamento que consiste também na aposta de remissão de comportamentos ditos como prejudiciais encontra um alicerce metodológico (Pires, 2018).

De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional e Comunidades Terapêuticas (2018), são apontadas fragilidades nas equipes multidisciplinares e indícios de violação de direitos trabalhistas, assim como prática de uso de força, controle, fiscalização e retenção de itens pessoais dos internos, apontando também indícios da utilização do trabalho exaustivo como forma de punição por comportamentos considerados desviantes. Trabalhos involuntários forçados em condições degradantes sob o disfarce de laborterapia também foram apontados neste mesmo relatório, sendo apontado pelo referido relatório como práticas de trabalho

análogos à escravidão, em uma lógica de maximização dos lucros (Doudement e Conceição, 2018)

Além da utilização destes trabalhadores para a manutenção do espaço da “comunidade terapêutica” ou de espaços correlacionados, o relatório aponta que a prática de resgate e de internação involuntária, comumente feita por internos – na promessa de aquisição de benefícios diante os demais internos – ex-internos e voluntários, presente em grande parte das instituições visitadas, o que revela a necessidade de serem melhores investigados por órgãos competentes, por deixar ainda mais visível a retirada de escolha sobre a realização do trabalho e sobre a sua permanência na instituição.

O trabalho forçado ou trabalho compulsório, a título de sanção penal mediante a perda de direitos é tipificado como crime pelo artigo 149 do Código Penal Brasileiro, prevendo pena de reclusão de dois a oito anos. A substituição do trabalho formal pelo chamado trabalho voluntário encobre violações aos direitos trabalhistas, com a permanência de ex-internos que assumem tarefas como monitores ou obreiros sem qualquer formalização destas atividades ou remuneração, sendo muitas vezes utilizadas estas vinculações, oferecendo sua força de trabalho como forma de ter acesso a abrigo e alimentação (CFP, 2018). O relatório aponta que nas instituições visitadas não havia qualquer registro formal desta troca, ou de oficialização de trabalho voluntariada, contradizendo a Lei de nº 13.297/2016.



## 7 ANTINOMIAS ENTRE AS CONCEPÇÕES DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Atualmente, a disposição totalmente contrária de ideias e de sentidos semânticos a respeito do que são as “comunidades terapêuticas” conduzem conclusões opostas de significados desde o trabalho de Maxwell Jones até os desdobramentos que a transformaram nas instituições que atualmente são denominadas “comunidades terapêuticas”, sobretudo no contexto brasileiro. O conflito aparente de significados dá-se, primeiramente na contraposição entre o movimento de reforma ao paradigma psiquiátrico de proposta de cuidado às formas de sofrimento psíquico e social que funcionava de formas discriminatórias e iatrogênicas. A proposta de superação deste modelo com a emergência da Comunidade Terapêutica trabalhada por Jones demarca uma posição contrária a corroboração de métodos que retiram do sujeito a autonomia dos seus próprios processos de cuidado, integrando o mesmo de forma dialética com a instituição e a comunidade. A atual proposta de “comunidade terapêutica” representa, em suas formas de funcionamento, uma resistência de lógicas manicomiais, violentas, de relação com métodos e abordagens com proposta supostamente terapêutica para com o sofrimento de pessoas em relação abusiva com álcool e outras drogas. Em um contexto geral, não há associação prática e simbólica entre a concepção original atual frente a original.

As contradições emergentes entre estas propostas de “comunidade terapêutica” evidenciam uma sistematização de tentativas de apagamentos e silenciamentos a privilegiar interesses por formas discursivas pronunciadas que atuam na definição de um objeto através do discurso, do enunciado e do saber (Machado, 1981). Ainda aquelas instituições denominadas “comunidades terapêuticas” que tem como proposta a aceitação, a tolerância e o controle sob um ambiente de apoio mútuo, democrático, e que proporcione o acesso às oportunidades presentes na instituição (De Leon, 2003) disputam predominância em um cenário aonde instituições homônimas possuem abordagem baseada na desconsideração de direitos humanos fundamentais.

A Comunidades Terapêutica, com Maxwell Jones (1974), teve sua origem calcada em um processo que, em uma perspectiva de construção histórica, revolucionou as formas de reclinar-se às questões relativas ao sofrimento mental, psicossocial, de uso de substâncias entre tantas outras questões que tensionavam formas de cuidado para com uma parcela da população em sofrimento psicossocial. A tentativa de uma abordagem que se propunha a ser terapêutica e era colocada na contramão de mecanismos que favorecem a colonização de corpos e

subjetividades, para a época de Jones, emergia como uma das muitas propostas de ruptura com o modelo psiquiátrico hegemônico. A proposta de Jones não somente trazia uma severa modificação sobre a participação dos sujeitos em seus próprios processos terapêuticos, mas também sobre o envolvimento dos familiares e sobretudo a uma forma de prática de cuidado proporcionada pelos trabalhadores. Teve como marca em seu trabalho a tentativa de democratizar o cuidado, o espaço físico e as relações entre os profissionais, colocando em questão as posições hierárquicas ali presentes.

Segundo Birman e Costa (1994), a chegada desta forma de trabalho e abordagem no Brasil coincidiu com o momento histórico da ditadura cívico militar, o que inviabilizou, em um primeiro momento, a Comunidade Terapêutica em território brasileiro, sendo fechadas as enfermarias que trabalhavam de acordo com propostas comunitárias e democráticas. É relevante destacar que, um dos principais pontos na obra e trabalho de Maxwell Jones (1974) é o seu interesse pela modificação não somente dos processos de cuidado, mas também sobre o processo de cuidar enquanto um trabalho que é imbricado com as múltiplas influências sociais, econômicas, clínicas e de formação. No capítulo intitulado “*Treinamento em comunidade psiquiátrica para diplomados*” traz sua percepção sobre o cenário daquela época, também algumas prospecções acentuando não bastar simplesmente estabelecer clínicas comunitárias e replanejar os serviços visando satisfazer as necessidades do paciente gravemente enfermo, propõe a necessidade de “haver uma revolução nos nossos conceitos a respeito do treinamento na época da formação” (p. 165).

Apesar do fato de o processo de reforma psiquiátrica brasileira ter ocorrido em período tardio, sua concomitância histórica à Reforma Sanitária pelos idos da década de 80 e toda a efervescência no campo técnico-científico própria desta época, o avanço políticas neoliberais nos anos 90 e, posteriormente, com os efeitos que a crise econômica mundial de 2008, a ampliação de uma agenda e um avanço no campo político e jurídico, também trouxera prejuízos às relações trabalhistas e ampliação de rede que, por consequência, refletiram nos serviços e contaram também com um aumento de internações em “comunidades terapêuticas” e começaram a traçar, então, seus desdobramentos (Vasconcelos, 2016).

Os princípios e cuidados às pessoas em consumo prejudicial de álcool e outras drogas é fragmentado em função de serviços e sistemas, caracterizados de acordo com descrições de sintomas, com protocolos e rigor de acesso fundamentalmente calcada em uma progressão sintomatológica a partir das quais são construídas tais barreiras aos cuidados à essa população. Tal forma de caracterização de acesso a rede de atenção não somente é descrita através de diagnósticos, mas também em uma sucessão de processos que incidem na lógica

institucionalizante e medicalizante com vinculação assistida a serviços referenciados e equipes de saúde. (Dias, Figueiredo e Fernandes, 2020).

O processo de sucateamento do Sistema Único de Saúde, sobretudo a respeito da Rede de Atenção Psicossocial que, ainda em vias de construção sustentou-se apesar do subfinanciamento, apresenta formas distintas de intervenção em casos mais críticos. O protagonismo e a busca de autonomia do sujeito em seu processo de cuidado, a diminuição de suas vulnerabilidades a partir do cuidado em rede e em liberdade, assim como a utilização da rede como parte fundamental de processos de formação – como a intensa atuação de estudantes residentes. Trabalhos como o de Maroja, Almeida Junior e Noronha (2019) revelam a dureza cotidiana vivida por profissionais que atuam na chamada “ponta”, em serviços funcionando em alto grau de precarização, e trazem também a grande importância da formação de profissionais na rede como fonte metodológica primordial das Residências Profissionais em Saúde, na aposta de uma transformação da realidade.

Este conjunto de mudanças foi chamado por Lima (2019), em uma publicação na revista *Physis* de “Contrarreforma Psiquiátrica” e, a partir de então, outros autores começaram a se referir a este processo pela utilização deste termo. Pinho, Guljor e Olivett (2023) apontam, mais recentemente, o papel das “comunidades terapêuticas” como estratégia prioritária nesta chamada contrarreforma psiquiátrica.

Em passos recentes, entre 2017 e 2019, resoluções decretos, portarias e editais foram desdobrados no que se chamou Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, mais conhecida como “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (PNSM) que incentivava internações psiquiátricas e firmava a separação da então chamada “Política Nacional Sobre Drogas”, que favorecia um largo incentivo às comunidades terapêuticas (SAS, 2019). Este conjunto de mudanças vem sendo questionada e combatida por diversas entidades, sendo os mais contundentes os conselhos de Enfermagem e Psicologia, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Saúde Mental, contando também com o Ministério Público e parlamentares. A Defensoria Pública da União apontou contradições ao Pacto Internacional de Direitos Civis, recomendações do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Direitos Humanos à Constituição Federal (Cruz, 2022). O resgate de uma abordagem religiosa, moral, punitiva, calcada exclusivamente na abstinência ao consumo de álcool e outras drogas propulsionou a lógica do proibicionismo como um grande discurso que rege as propostas terapêuticas das denominadas “Comunidades Terapêuticas”.

Um importante ponto a ser destacado sobre o investimento aos cuidados destas populações em rede é a tentativa de ruptura com a lógica do modelo médico centrado, que dá

prioridade aos cuidados pela via da rede ambulatorial e pelos cuidados através das especialidades pois, assim, há uma extensão histórica de dificuldades de acessos aos cuidados em saúde através desta forma de tratamento. Este modelo não abarca a heterogeneidade e a complexidade da saúde mental e da atenção psicossocial, álcool e outras drogas (Dias, Figueiredo e Fernandes, 2020)

As formas de pensar as políticas públicas e serviços territoriais que atravessam o campo da assistência a usuários de álcool e outras drogas foram pautados dentro de um mesmo momento histórico, o que aproximaram este campo também ao campo da prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo à chamada “epidemia da Aids” emergente no final da década de 70. A tentativa de redução nos altos índices de transmissão do vírus culminou ao pensamento relacionados aos cuidados em rede uma vez que expressivos índices epidemiológicos tornaram emergente a necessidade de intervenções que necessitavam a construção de uma política pública de assistência às pessoas vulnerabilizadas, em risco de contágio pelo vírus. Neste mesmo período, o preço da luta pelos cuidados às pessoas vulnerabilizadas e em risco de contaminação com a Aids foi confrontar o discurso moral religioso.

A intensificação do sofrimento psíquico e do abuso de álcool e de outras drogas, por vezes interpretadas como uma situação de crise, tendem a ser as principais causas de procura por estes estabelecimentos e é a partir dessas capacidades que muitos destes estabelecimentos se mostram como lugar de referência a uma parcela da população para a intervenção em casos agudizados, também tendo como dado importante o número de reinternações destes sujeitos (Ipea, 2017). Apesar de repetidas denúncias relacionadas às violações de direitos aos sujeitos que são submetidos ao tratamento oferecido nestas instituições, as “comunidades terapêuticas” contemporâneas continuam sendo percebidas como um lugar de possível acolhimento ou intervenção em caso de consumo abusivo de álcool e drogas. Neste ponto, a retomada do modelo asilar e o foco na internação e no isolamento social estreitam a possibilidade de cuidados em saúde mental que tenham como princípios fundamentais a democracia e o cuidado em sociedade, atuando de forma alinhada aos princípios reformistas das práticas e cuidados em saúde mental.

O combate às atitudes ditas antissociais por meio da ocupação e do trabalho, vista como uma proposta terapêutica característica a tempos primórdios da psiquiatria, pelos idos do século VXII, ainda se faz presente nas propostas de abordagem e tratamento comumente identificadas nas “comunidades terapêuticas” em dias atuais (Shimoguiri e Costa-Rosa, 2017). As alterações teóricas, conceituais, éticas, epistemológicas e morais vinculados atualmente a utilização do

termo “comunidade terapêutica”, tendo em vista as transformações inferidas as suas concepções originárias até a atual configuração evidenciam uma mudança substancial e, portanto, torna-se importante compreender de maneira ampla as formas pelas quais elas acabaram por assim se apresentarem no cenário brasileiro, representando o retrato do dramático passado manicomial, ainda tão atual.

Ainda que muito atravessadas pelo discurso moral religioso, as práticas acerca dos entrelaces temáticos que envolvem as infecções sexualmente transmissíveis e o campo do consumo de drogas contaram, através da educação popular, com um trabalho incessante de construção de um novo discurso que construísse novas práticas e novas formas de cuidado no trabalho de combate à transmissão pelo viés da redução de danos. Voltando ao campo do álcool e outras drogas, a concomitância dos processos de tentativa de consolidação das conquistas alcançadas a partir dos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica juntamente com a insurgência de uma forma de operacionalizar o cuidado que contradiz atuações no âmbito do Sistema Único de Saúde e seus equipamentos e serviços de Saúde Mental. Embora ambas trabalhem com pessoas em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas, seus métodos e abordagens terapêuticas encontram-se em lugares antagônicos.

Assim, é possível destacar três visões que comportam lugares distintos de cuidados a uma mesma questão. Em um primeiro eixo, o rigor de acesso, os protocolos, e todos estes elementos já mencionados que caracterizam o modelo biomédico, o paradigma psiquiátrico e que fundamenta toda a história da medicina, da psiquiatria. No segundo eixo, os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, da redução de danos, do cuidado em liberdade, da diversificação de formas de cuidados em saúde. E em um terceiro eixo, o proibicionismo e a abstinência como foco de uma possível recuperação, com sua estrutura baseada na violação de direitos dos sujeitos em consumo prejudicial de substâncias com forte influência do discurso moral religioso.

Circundando estas formas de abordar as tentativas de cuidados às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, sobretudo ao uso de substâncias ilícita, a influência da guerra às drogas entremeia estas dinâmicas como o elo, uma liga, que sustenta e faz sustentar a realidade violenta que ameaça estes cidadãos.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como uma metamorfose que faz lembrar a obra de Franz Kafka, as instituições denominadas “Comunidades Terapêuticas” se transformaram em objeto de repúdio daqueles que defendem a reforma psiquiátrica, o cuidado em liberdade e a autonomia dos sujeitos. As instituições conhecidas por este nome, que tem a proposta de prestar assistência às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, continuamente vem protagonizando denúncias de violação de direitos humanos por múltiplas formas de violência. Passaram então a representar toda uma forma de manutenção de uma prática de exclusão e violação de direitos historicamente combatida que, de certo modo, viabilizaram o surgimento seus pressupostos originais.

Por todo percurso que a luta por direitos destes sujeitos que sofrem por uma constante opressão e violência que atravessam seu cotidiano, a Comunidade Terapêutica de Jones se tornou uma proposta de ruptura às barreiras físicas e simbólicas que os manicômios desvelam. A disseminação desta proposta e a inspiração dela retirada influenciou formas de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico, em uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como as práticas de trabalho dos profissionais que atuam nestes espaços de cuidado. As Comunidades Terapêuticas, ao longo do tempo e sobretudo no cenário brasileiro, tomaram um diferente percurso e hoje representam este ser abjeto na realidade da assistência aos usuários de álcool e outras drogas - tal qual Gregor Samsa “acordou de sonhos intranquilos, (e) encontrou-se metamorfoseado num inseto monstruoso”.

Sobre tal poder de transformação, capaz de metamorfosear uma “coisa” que carrega consigo o mesmo nome “Comunidade Terapêutica” em algo que possui um modo de funcionamento distinto de seu significado original, esse trabalho se inspirou. Uma contraposição à estrutura que tem a proposta de oferecer assistência a pessoas em situação de vulnerabilidade, que contradiz seu próprio significado original, que embora sofrendo denúncias que ferem direitos humanos fundamentais, cresce de maneira avassaladora. Ao investigar as influências que possibilitaram essa mudança aposta-se em um maior entendimento sobre um percurso ao tecer em suas linhas um significado que, em seu regime de verdade (Foucault, 1971), aglutina discursos hegemônicos que emergem neste processo.

Ainda que hoje muito distante do que fora almejado em um longo percurso de lutas por quebra de uma homogeneidade que tem como pressuposto a erradicação da exclusão em sofrimento psicossocial, os movimentos de trabalhadores, estudantes, pesquisadores, usuários,

familiares e incontáveis outros sujeitos que compartilham esta vivência comum, assim como também participantes de coletivos simpatizantes à causa gritam em um só coro: “comunidade terapêutica é manicômio”.

A tentativa de resgate do processo que “metamorfoseou” a Comunidade Terapêutica em algo antagônico ao seu significado original é uma forma de agir na contramão da naturalização que traz a efeito de verdade, resgatando um pouco este regime que inclui um processo temporal, histórico e de poder. Ainda que existam hoje estabelecimentos denominados “comunidades terapêuticas” que atuem de forma consonante aos pressupostos originais, ainda sim carregariam a marca do conjunto de associações e significados que interligam este termo a uma forma de abordagem violenta aos sujeitos em sofrimento.

Neste sentido, pensar em estratégias que abarquem a complexidade que demandam ações intersetoriais, que compreendam uma concepção ampla de saúde e de cuidado, compreendendo, sobretudo, variáveis não médicas e que se preocupem com a vinculação do sujeito com o cuidado ajudariam a elaborar estratégias de cuidado junto aos usuários dos serviços em território mais coerentes com suas necessidades. Os atravessamentos da cultura da guerra às drogas nas práticas dos serviços existentes fomentam a produção de danos pensando justificativas clínicas para intervenções punitivistas, e reprodução de violações de direitos, enfraquecendo as lutas e os esforços que levaram ao estabelecimento de uma Política Nacional de saúde mental, álcool e outras drogas como uma maneira de alcançar a robustez das necessidades de garantias de direitos constitucionais aos cidadãos (Pelatti et. al, 2023). Para isto, é necessária uma ampla construção de “métodos que partam da escuta ativa e da formulação dialógica com protagonismo de pessoas usuárias de drogas, sobreviventes da guerra às drogas” (p. 118) a fim e reinventar fluxos, espaços e articulações de diferentes sujeitos dentre a sociedade civil.

As disputas de narrativas e de predominância discursiva que circundam o campo do cuidado em saúde mental, em particular no campo da política de drogas, favoreceram políticas que elegem as “comunidades terapêuticas” como equipamento prioritário na política de drogas e, assim, configuraram-se um dispositivo a consolidar a tentativa de retomada de um modelo que estabelece uma ruptura com a política de Estado pautada na autonomia dos sujeitos e do cuidado em liberdade por se tratar de um modelo assistencial asilar e hospitalocêntrico (Pinho, Guljor e Olivett, 2023).

Pinho, Guljor e Olivett (2023) afirmam ainda que as condições objetivas e subjetivas da consolidação do que chamam de contrarreforma psiquiátrica, assim como a formação de um bloco social que operou na sociedade civil e nos poderes legislativo, executivo e judiciário, foi

capaz de reunir os interesses corporativos do que os autores chamam de “psiquiatria de mercado” para com os interesses de setores religiosos ligados as federações e confederações das “comunidades terapêuticas”. Munidos do discurso que desconsidera os resultados positivos em municípios aonde a RAPS foi implementada de forma ampla e afirma ainda que a construção das RAPS não garante tratamento adequado, é afirmada a necessidade de retomada dos investimentos na internação como principal recurso no processo de cuidado e tratamento em saúde mental e aos sujeitos em consumo prejudicial de substâncias psicoativas, fomentando novamente o modelo que favorece a indústria de leitos privados, regatando uma operacionalização anterior ao movimento de reforma psiquiátrica, desconsiderando a garantia de direitos em virtude da lucratividade deste modelo, provocando exclusão social.

Em um campo jurídico penal, o combate ao uso e comércio de substâncias ilícitas desconsiderou o campo do cuidado aos sujeitos em uso prejudicial destas sob uma perspectiva ampla, impulsionando medidas de tratamentos compulsórios em estruturas correccionais. A progressiva desconstrução destes aparatos desde o golpe que destituiu a presidente Dilma Rousseff do cargo de presidente da República vem restringindo os espaços participativos de controle social e formas de resistência à contrarreforma organizaram-se para a retomada dos avanços no campo do cuidado em saúde mental, atenção psicossocial, álcool e outras drogas priorizando o comprometimento com o direito à vida e à liberdade (Pinho, Guljor e Olivett, 2023).

O atual modelo de cuidados aos sujeitos em uso prejudicial de substâncias psicoativas é capaz de desenvolver estratégias de cuidado com liberdade, com pleno acesso e em território, em um alto grau de complexidade, entretanto, a partir do congelamento de gastos em saúde pelo período de 20 anos como intitula a Emenda Constitucional 95, que influencia o financiamento da Saúde Mental, que corrobora com um enfraquecimento do princípio da universalidade de acesso (Dias et. al, 2023) e, neste sentido, torna-se indispensável discutir as distintas problemáticas que trazem consigo aspectos em comum, não deixando de abarcar as dimensões da violência, das violações de direitos humanos e da redução dos corpos e subjetividade, assim como a limitação do acesso aos serviços, para que sejam propostas possíveis saídas garantidoras de direitos e de transformações dos jogos de forças que cristalizam desigualdades, hierarquias e hegemonias (Krüger et. al, 2023).

Determinantes sociais e ambientais influenciam experiências de sofrimento humano e devem ser levados em consideração como fatores de risco psicossocial. A violência, a discriminação as injustiças e as desigualdades têm impacto negativo no bem estar dos sujeitos e o Estado necessita investir em ambientes de apoio e capacitação não discriminatórios e não



violento. A abordagem baseada em direitos humanos deve ser entendida como uma condição obrigatória para investir efetivamente na promoção de saúde. (Puras e Gooding, 2019). Pensar formas de cuidado em saúde mental por uma perspectiva que viabilize preservar a dignidade dos sujeitos tendo como enfoque a preservação de direitos humanos faz parte de uma agenda de discussões de quebras de paradigmas sociais, políticos e econômicos que mantêm espaços de cuidado em saúde mental, atenção psicossocial álcool e outras drogas utilizando a privação de liberdade, tratamento forçado desumano e degradante, que mantenham estes espaços propícios a violações sistemática de direitos humanos fundamentais com práticas análogas à tortura. Com isso, propostas de recuperação baseada em abordagens alternativas que assegurem direitos devem ser desenvolvidas e replicadas (Puras e Gooding, 2019).

O processo metamórfico como uma estratégia de desenvolvimento pressupõe uma mudança permanente, de caráter obrigatório, onde aquele que nasceu já possui os elementos para tal mudança, das quais os fatores externos possuem certo grau de importância. Os fatores sociais, políticos, econômicos e jurídicos que influenciaram na ruptura de sentidos sobre a Comunidade Terapêutica são justificados pelo posicionamento contra hegemônico da defesa do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas em liberdade. A modificação central sobre o trabalho de Jones compreendida neste estudo ocorreu, em um primeiro momento, a partir do surgimento da Comunidade Terapêutica de Synanon quando o isolamento social é evidenciado como proposta terapêutica colaborativa à abstinência.

No contexto brasileiro, a mudança de forma pode ser observada a partir do encerramento de trabalhos influenciados por Jones no período da ditadura militar que culminou na ascensão de modelos influenciados pela experiência norte americana. Embora os processos de reforma sanitária e psiquiátrica fulgurassem a ascensão de práticas e discursos contra hegemônicos, as articulações políticas e sociais que culminaram com o impeachment da presidente Dilma Rousseff e maior fortalecimento de frentes parlamentares de apoio às entidades da sociedade civil que oferecem uma proposta de tratamento aos sujeitos em consumo prejudicial de álcool e outras drogas que foram denominadas “comunidades terapêuticas”.

Tais elementos aqui chamados de fatores ambientais ou causaram tal metamorfose ou oportunizaram que elementos já existentes atuassem neste processo de mudança. De fato, não é possível dizer que haja um retorno às práticas manicomiais em saúde mental uma vez que elas jamais deixaram de existir. Perderam força em alguns momentos históricos, mas sustentaram-se pouco a pouco, até que pudesse retomar a cena com maior potência, capturando as palavras e as coisas pertencentes às propostas de invenção e ruptura contrárias a tal poder hegemônico.

O momento que o SUS começou a ser construído, contava com uma forte discussão em todos os campos na área de saúde, que o sistema anterior era falho, caro e não conseguia modificar as condições de saúde no Brasil. Nas décadas que sucederam ao surgimento do SUS o Estado brasileiro seguia uma lógica de financiamento de instituições psiquiátricas de longa permanência sem que isso mudasse o cenário assistencial e epidemiológico, tornando este sistema caro o suficiente para que não pudesse ser expandido. Mesmo após o estabelecimento dos princípios fundamentais do SUS, sustentado sob os pilares constitucionais, formas de manutenção de políticas comprovadamente ineficientes no campo assistencial ainda podem ser observadas e, neste sentido, esta apropriação do termo “comunidade terapêutica”, no atual cenário brasileiro, ratifica tal afirmação.

Pensar em formas de assistência aos usuários de álcool e outras drogas de forma coesa aos princípios do SUS é pensar, de forma primeira, em acesso a partir de uma lógica de vínculos e cuidados territoriais facilitando acompanhamentos cotidianos e adaptativos, pautado nas particularidades de cada sujeito e, neste sentido, de acordo com o princípio do cuidado integral. Por fim, promover uma política de cuidado de uma rede comunitária, em liberdade, respeitando a individualidade, as diferenças, pautada em particularidades e obedecendo a complexidade do cuidado em álcool e drogas é corroborar não somente com uma política de cuidado que siga uma racionalidade sanitária, mas também alicerçar mudanças de paradigmas relativos aos cuidados em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ADIALA, J. C. *O problema da maconha no Brasil: ensaio sobre racismo e drogas*. Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Instrução, 1986.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA. *Normas mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas - RDC nº 101*. Brasília.
- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. *Os Doze Passos e as Doze Tradições*. São Paulo, Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos, 2001.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. *Morbidade Psiquiátrica em Regiões Metropolitanas no Brasil (Brasil, Porto Alegre e Salvador)*. Informe Epidemiológico do SUS. p. 76-86. 1992.
- ALVES, D S N et al. *Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias*. In: AMARANTE, P(org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n 11, p.2309-2319, 2009.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Editora FIOCRUZ, 1998.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3, ed. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2007.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora FIOCRUZ, 2011.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. *A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios*. *Ciênc. saúde coletiva*. v.23, n.6, p.2067-2074, 2018.
- AMOR EXIGENTE. Disponível em: [www.amorexigente.org.br](http://www.amorexigente.org.br). Acesso em: 05 abr. 2022.
- ANDRADE, H. S.; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. *Leituras do Governo Neoliberal no Estado e na Saúde*. *Physis*, v. 32, n. 1, 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. *A ideologia manicomial e a contrarreforma no cuidado em saúde mental: posicionamento crítico da ABRASME ao Edital de Chamamento Público Nº 03/2022 do Ministério da Cidadania de abril de 2022*. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/159507>. Acesso em: 28 abr. 2022
- BAPTISTA, T. W. F.; BORGES, C. F.; MATTA, G. C. *Contribuições da Arqueologia do Saber para Estudos da Saúde Coletiva*. In BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (org.). *Políticas, planejamento e gestão em saúde - abordagens e métodos de pesquisa*. *Cadernos de Saúde Pública*, 2016.

BARROS, M. G. *(Necro) política de drogas: uma guerra abjeta contra pobres e negros no Brasil*. Mosaico, 13(20), 504-524, 2021.

BASAGLIA, F. et al. *Considerações sobre uma experiência comunitária*. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASTOS, F I et al. *O não-dito da AIDS*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (1): 90-96, jan/mar, 1993 b.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. *Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária*. In. AMARANTE, P. (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro. p. 41-72. FIOCRUZ, 1994.

BIRMAN, J. *A Physis da Saúde Coletiva*. Revista Physis, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, vol.1, n. 1, 1991.

BRASIL. *Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, 1938*. Recuperado em 14 outubro, 2012, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm>

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, 1976*.

BRASIL. Ministério da Saúde Serviço Nacional de Educação Sanitária. *Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico da AIDS*. ano V, nº 7. Brasília: 1992

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n. 10.216, dispõe sobre a saúde mental, proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2048/GM*. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006. *Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras*

*providências*. Brasília (DF), 2006a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm). Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Decreto 5.912 de 27 de setembro de 2006. *Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências*. Brasília (DF), 2006b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm). Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Decreto 4.345 de 26 de agosto de 2002. *Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências*. Brasília (DF), 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm). Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012. *Institui auxílio financeiro às comunidades terapêuticas*. Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html). Acesso em: 8 dez. 2021.

BRASIL. Resolução Conad Nº 01 de 19 de agosto de 2015. *Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas*. Disponível em: [https://www.justica.gov.br/suaprotecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad\\_01\\_2015.pdf](https://www.justica.gov.br/suaprotecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf). Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Edital de credenciamento - SENAD nº 1/2018. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), n. 1, 25 abr. 2018. Edição 79, seção 3, p. 93*. BRASIL. Ministério da Cidadania. *Ministério lança mapa virtual de comunidades terapêuticas no Brasil*. Brasília (DF), 2019c. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/julho/ministerio-lanca-mapa-virtual-de-comunidades-terapeuticas-no-brasil>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Decreto 9.761 de 11 de abril de 2019. *Aprova a Política Nacional Sobre Drogas*. Brasília (DF), 2019a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm). Acesso em: 20 nov. 2021.

BORTHWICH, A.; HOLMAN, C.; KENNARD, P.; MCFETRIDGE, M.; MESSRUTHER, K.; WILKES, J. *The relevance of moral treatment to contemporary mental health care*. *Journal of Mental Health*, v. 10, n. 4, p. 426-439, 2009. CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008

CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. 1980.

CARLINI-COTRIM, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J G. *Drogas na escola – alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998.

CARROLL, L. *Alice no país das maravilhas*. Porto Alegre: L&PM, 1998.

CAVALCANTE, R. *A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira*. In: VASCONCELOS, E.M.; CAVALCANTE, R.

(orgs.). *Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas*. São Paulo: Hucitec, 2019.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRASP. *Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. São Paulo: CONECTAS; CEBRASP, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3sgbJ1B>. Acesso em: 2 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília (DF), 2018. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-daInspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 26 maio. 2019.

CRUZ, N. F. O. *Retrocessos na política nacional de saúde mental e seus efeitos na rede de atenção psicossocial, no período de 2016 a 2020*. 2022. 272f. Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, MEPPSO. Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

DIAS, M. K., FIGUEIREDO, S. H., & FERNANDES, A. D. S. A. *Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 25, p. 595-602, 2020.

DIAS, M. K.; MENDES, J.; WEBER, R.; DELGADO, P. G.; OLIVETT, K.; MARTINS, K. F. *Política de Drogas e Financiamento Público no Brasil: ambiguidades e sobreposição*. In SURJUS, L. T. L. S.; DIAS, M. K (Org.). *Políticas e Práticas de Promoção de Equidade: usos de drogas e enfrentamento de desigualdades*. Editora CRV, Curitiba, 2023.

DOUDEMMENT, M.; CONCEIÇÃO, V. N. M. *Frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas*. In: SANTOS, M.P.G, organizador. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. p. 167-187, IPEA, Rio de Janeiro; 2018.

DUARTE, M. G.S.; FERNANDES, P. J.; RODRIGUES, H. B. C. *O movimento das comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro: humanização disciplinadora e/ou resistência sitiada?* In: *A loucura da história*. 2000. p. 227-241.

FAVERT, F. P.; OLIVEIRA, P. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. *Planejamento e Políticas Públicas*. v. 1, n. 3, p. 139-162, 1990.

FOUCAULT, M. *O Poder Psiquiátrico*. Martins Fontes, São Paulo, 2006.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. *A Ordem do Discurso*. 8.ed. Loyola, São Paulo, 1971.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. 8.ed. Vozes, Petrópolis, 1972.

FOUCAULT, M. *O nascimento da medicina social. Microfísica do Poder*. Graal, Rio de Janeiro, 1990.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. Curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes. 2002.

FRACASSO, L. *Comunidade Terapêutica: uma abordagem psicossocial*. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. Campinas, 2008.

GALTUNG, J. *Violence, peace and peace research*. Journal of Peace Research. Oslo, v. 6, n. 3, p.167-191, 1969.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7.ed. Perspectiva. São Paulo, 1961.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. *A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista*. O Social em Questão, ano XXII, n. 44, maio/ago. 2019

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*. Brasília (DF), 2017. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf). Acesso em: 26 out. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Análise das políticas públicas sobre drogas no orçamento federal – 2005 a 2019*. Relatório Institucional. Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37958&Itemid=457](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37958&Itemid=457). Acesso em: 10 out. 2021

JELSMA, M. Las políticas de drogas de Aciones Unidas: una visión crítica. In.: Touzé, G. D. (Org). *Visiones y actores del debate: III y IV Conferencia Nacional de Política de Drogas*. Buenos Aires, 2008.

JONES, M. *A comunidade terapêutica* (Tradução portuguesa). Petrópolis: Editora Vozes, 1972.

KRÜGER, A.; DUARTE, J. F.; CABRAL, C. V.; SURJUS, L. T. L. S.; BELLOC, M. M.; VICENTIN, M. C. G. V.; SOUZA, T. P. *A Repercussão da Política de Drogas Sobre Existências Contra-Hegemônicas*. In SURJUS, L. T. L. S.; DIAS, M. K (Org.). *Políticas e Práticas de Promoção de Equidade: usos de drogas e enfrentamento de desigualdades*. Editora CRV, Curitiba, 2023.

LANCETTI, A. (2006). *Clínica peripatética*. São Paulo: Ed. Hucitec.

DE LEON, G. *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2003.

DE LEON, G. et. al. *Therapeutic communities for addictions: essential elements, cultural, and current issues*. In: Textbook of Addiction Treatment. Springer, Cham, 2021. p. 697-707.

LOECK, J. F. *Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico*. In: SANTOS, M. P. G. (Org.). *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3rEINzW>;

LOPES, J. *A gestão de crises*. Instituto de Estudos Superiores Militares. IESM. Lisboa, Portugal, 2006.

MACHADO, A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, C. V. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.23, n.7, p.2197-2212, 2018.

MACHADO, A. R., & MIRANDA, P. S. C. *Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública*. História, Ciências, Saúde Manguinhos, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MACHADO, R. *Por uma genealogia do poder*. In. FOUCAULT, M. Microfísica do poder, v. 25, p. 7-23, 1979.

MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

MAISANO, P. O. S. *Práticas religiosas no tratamento de dependentes químicos*. 2014, 102 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2014.

MAGALHAES, M. *O Narcotráfico*. São Paulo: Publifolha, 2000.

MALIVERT, M. et. al. *Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review*. European addiction research, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2012

MAROJA, M. C. S., ALMEIDA JÚNIOR, J. J. D., & NORONHA, C. A. *Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, n. 24, 2019.

MARTÍN-BARÓ, I. *Para uma psicologia da libertação*. In R. S. L. Guzzo, & F. Lacerda Junior (Orgs.), *Psicologia social para América Latina: o resgate da psicologia da libertação* (pp. 181-197). Campinas, SP: Alínea, 2001. Originalmente publicado em 1986.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo. n. 1, 2018.

MCLELLAN, A. T. et. al. *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*. *Jama*, v. 284, n. 13, p. 1689-1695, 2000.

MESQUITA, F. (1991). *Aids e drogas injetáveis*. In A. LANCETTI (Org.), *SaúdeLoucura* 3 (pp. 46-53). São Paulo: Ed. Hucitec.

MIRANDA, P S C. *EL discurso y la practica en la historia de una enfermedad: epidemiologia y políticas de SIDA en Barcelona, Cataluna, Espanha Y en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. Universidad Autonoma de Barcelona, Salud Publica y Metodología de Investigación, 1996.



MUSUMECI, B. *O consumo de álcool no país*. In A. Zaluar (Org). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NATALINO, M.A.C. *Isolamento, disciplina e destino social em Comunidades Terapêuticas*. In: SANTOS, M.P.G. *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p.37-60.

NETO, O. C. MOREIRA, M. R. SUCENA, L. M. *Nem soldados nem inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro*. Editora Fiocruz, 2001.

NIDA - NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE. *Therapeutic Communities*, 2015. Disponível em: < <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities>>

PAIM, J. S. *A Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

PARKER, R. *Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial*. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 25-46, 2013.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. *Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de " guerra às drogas"*. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, p. 154-162, 2011.

PASSOS, I. C. F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2009.

PASSOS, R. G. *Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora*. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 23, n. 2, jul./dez. 2017.

PASSOS, R. G.; FARIAS, J. S.; GOMES, T. M. S.; ARAUJO, G. C. L. *Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro*. *Argumentum*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 125–140, 2020.

PELATTI, G.; FARIAS, I. S.; DUARTE, J. F.; MALHEIRO, L. S. B.; SURJUS, L. T. L. S.; PASSADOR, L. H.; GADELH, P. *Sonhando Redes*. In SURJUS, L. T. L. S.; DIAS, M. K (Org.). *Políticas e Práticas de Promoção de Equidade: usos de drogas e enfrentamento de desigualdades*. Editora CRV, Curitiba, 2023.

PEREIRA, S. L. B. *A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa*. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 26, n. 1, jan./abr. 2020.

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

PERRONE, P. A. K. *Fatores Prognósticos para o abandono precoce do tratamento da dependência do álcool, crack e outras drogas em uma comunidade terapêutica*. Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, 2014.

PERRONE, P. A. K. *Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas*. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2019.

PETUCO, D. R. S. *Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack*. 2011.

PETUCO, D.; VEIGA, K.; MALHEIRO, L.; SURJUS L.T. L. S.; OLIVEIRA, N. *Políticas Sobre Drogas no Brasil: histórico e avaliação*. In SURJUS, L. T. L. S.; DIAS, M. K (Org.). *Políticas e Práticas de Promoção de Equidade: usos de drogas e enfrentamento de desigualdades*. Editora CRV, Curitiba, 2023.

PINHO, L. *Saúde Mental: Retrocessos ou Contra-Reforma?* Abrasco, 2018. Disponível em [https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=402](https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=402). Acesso em 19/01/2021.

PINHO, L.; GULJOR, A. P.; OLIVETT, K. *Política de Drogas no Brasil: elementos para a análise das comunidades terapêuticas como estratégia prioritária na contrarreforma psiquiátrica*. In SURJUS, L. T. L. S.; DIAS, M. K (Org.). *Políticas e Práticas de Promoção de Equidade: usos de drogas e enfrentamento de desigualdades*. Editora CRV, Curitiba, 2023.

PIRES, R. R. C. (2018). *Um campo organizacional de Comunidades Terapêuticas no Brasil? Dos processos de convergência e suas implicações às clivagens emergentes*. In Santos, M. P. G. (Org.), *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão* (pp. 133-166). Rio de Janeiro: IPEA.

PRUDENCIO, J. D. L. *A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro*. Tese (doutorado em Política Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, UFF, Niterói, 2019.

PURAS, D.; GOODING, P. *Mental Health and Human Rights in the 21st century*. *World Psychiatry*. v. 18, n. 1, p. 42-43, 2019.

RAHM, H. J. *O caminho da sobriedade: A Fazenda do Senhor Jesus e o Amor Exigente*. Loyola, São Paulo, 1996.

REIF, S. et. al. *Residential treatment for individuals with substance use disorders: assessing the evidence*. *Psychiatric Services*, v. 65, n. 3, p. 301-312, 2014.

RESENDE, H. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In N. R. Costa & A. S. Tundis (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*, 3a ed., p. 15-74. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1987.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. *As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos*. Comunicação, Saúde e Educação. Interface, Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna*. Estudos Avançados, v.2, n. 2, p. 46-7, São Paulo, 1988.

SANTOS, M.P.G. *Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil*. In: SANTOS, M.P.G, organizador. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. p. 17-36, IPEA, Rio de Janeiro; 2018.

SILVA JR, A. G.; ALVES, C A. *Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas*. In: Morosini MVGC, Corbo AAA (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

SILVA, P. *O conceito de crise: Perspectiva política e económica*. AS Lara Crise, Estado e Segurança. Lisboa, Portugal: Edições MGI, 2014.

SMITH, L. et. al. *Therapeutic communities for substance related disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 1, 2006.

VANDERPLASSCHEN, W. et. al. *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. 2014.

VERTZMAN, J. et. al. *Psicoterapia institucional: uma revisão*. In. AMARANTE, Paulo; BEZERRA JR, Paulo (Orgs.). *Psiquiatria sem Hospício*. Relume Dumará, p. 17-30, Rio de Janeiro, 1992.

YORK, P.; YORK, D.; WACHTEL, T. *Amor Exigente: o que fazer quando seu filho se torna revoltado, inconveniente ou viciado?* 2. ed. São Paulo: Loyola, 1989.