

Comunidades Terapêuticas: incongruências na implementação de uma política de Estado

*Therapeutic Communities: inconsistencies in the
implementation of a state policy*

Marianna Nascimento Fernandes* 

Andréia de Oliveira** 

RESUMO

O objeto deste artigo são as Comunidades Terapêuticas no processo de contrarreforma e privatização da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sua funcionalidade na manutenção da ofensiva capitalista contra a universalização do direito à saúde como um dever do Estado. O objetivo é refletir sobre o amparo legal e as motivações subjacentes que impulsionam o fomento do Estado a tais instituições, que, além de não possuírem respaldo técnico-científico, têm seu modo de intervenção pautado na disciplina-trabalho-espiritualidade. Deriva de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo descritiva e exploratória, realizada por meio de análise documental. Os resultados apontam que no cenário de acirramento das medidas neoconservadoras e de contrarreformas o Estado brasileiro priorizou a implementação e fortalecimento de uma política pública na contramão de uma racionalidade sanitária, dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (RP).

Palavras-Chave: Comunidades Terapêuticas; Política de Álcool e outras Drogas; contrarreforma psiquiátrica; Estado.

ABSTRACT

The object of this article is the Therapeutic Communities in the process of counter-reform and privatization of Brazil's National Policy on Mental Health, Alcohol and Other Drugs in the Unified Health System (SUS), as well as their functionality in maintaining the capitalist offensive against the universalization of the right to health as a duty of the state. The objective is to reflect on the legal support and the underlying motivations that drive the state's promotion of such institutions, which, in addition to not having technical-scientific support, have their mode of intervention based on discipline-work-spirituality. This is a qualitative, descriptive and exploratory study carried out using documentary analysis. The results show that in a scenario of intensifying neo-conservative measures and counter-reforms, the Brazilian state has prioritized the implementation and strengthening of a public policy that runs counter to a sanitary rationality, the principles of the SUS and the Psychiatric Reform (PR).

Keywords: Therapeutic Communities; alcohol and other drugs policy; psychiatric counter-reform; state.

ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2024.80308>

*Universidade de Brasília (UnB),
Brasília, DF, Brasil. E-mail: mari_
nfernandes@hotmail.com.

**Universidade de Brasília (UnB),
Brasília, DF, Brasil. E-mail:
andreaoliveirasus@gmail.com.

Como citar: FERNANDES, N. M.;
OLIVEIRA, A. de. Comunidades
Terapêuticas: incongruências na
implementação de uma política de
Estado. *Em Pauta: teoria social e
realidade contemporânea*, Rio de
Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 99-110,
jan/abr, 2024. Disponível
em: [https://doi.org/10.12957/
rep.2024.80308](https://doi.org/10.12957/rep.2024.80308)

Recebido em 31 de julho de 2023.

Aprovado para publicação em 10 de
outubro de 2023.



© 2024 A Revista Em Pauta: teoria social e
realidade contemporânea está licenciada
com uma Licença Creative Commons
Atribuição 4.0 Internacional.

Introdução

As Comunidades Terapêuticas (CTs) se originam nos anos 1950, no contexto da Reforma Psiquiátrica (RP) na Europa, quando o psiquiatra Maxwell Jones implementou, na Inglaterra, um modelo de atenção à saúde mental envolvendo a participação das pessoas usuárias no seu tratamento em contraposição aos métodos psiquiátricos tradicionais, considerados asilares e ineficazes (Passos; Gomes; Santo, 2022; Ipea, 2017; Natalino, 2018).

No Brasil, dissonante à experiência originária europeia, as CTs surgem na década de 1960 e se expandem a partir da década de 1990, na contramão dos princípios propostos pelas reformas psiquiátrica e sanitária brasileira, acompanhadas por uma trajetória marcada por denúncias de violação aos direitos humanos básicos (Ipea, 2017; CFP, 2018). A expansão das CTs no Brasil ocorre concomitantemente ao processo de contrarreformas neoliberais nas políticas sociais, irrompendo na Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Brasil, 2018b), uma disputa permanente entre projetos antagônicos – ou seja, por um lado, possibilidades de mudanças na direção do cuidado em liberdade, fundamentado nos princípios da RP e que tem na Lei nº 10.216/2001 seu principal aparato legal (Brasil, 2001); por outro, a continuidade do atendimento asilar e manicomial, correspondente aos interesses privatistas, mercantis e religiosos.

O cuidado às pessoas que fazem uso problemático e prejudicial de drogas, segundo os princípios da RP, deve ser realizado em liberdade, por meio da estratégia da redução de danos (RD) e de forma articulada com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps): Unidades Básicas de Saúde (UBS); Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (Caps AD); unidades de acolhimento transitório; Consultórios na Rua (CNR); e leitos em hospitais gerais (Brasil, 2001). Entretanto, tal perspectiva é tensionada permanentemente pela perspectiva proibicionista que marca o debate sobre drogas no Brasil, sob a hegemonia do modelo biomédico e do conservadorismo e moralismo, vinculados à religião (Torcato, 2014).

Na tecitura de uma política sobre drogas, no Brasil, um conjunto de normativas e documentos foi necessário, em especial na saúde e na segurança pública. Para fins analíticos do objeto do presente estudo, evidenciam-se as controvérsias que permeiam a institucionalização do Decreto nº 7.179/2010, que cria o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e no ano seguinte o programa “Crack: é possível vencer” (Brasil, 2010), juntamente com a Portaria nº 3.088/2011, que incluiu as CTs na Raps (Brasil, 2011). Tais normativas, associadas a um conjunto de medidas mercantis e privatistas no contexto da política pública de saúde, apontam para o retorno do paradigma manicomial, higienista e catequético.

Apesar do avanço da criação da Raps, a inserção das CTs na rede possibilitou uma janela de oportunidades para o fortalecimento de tais entidades, sobretudo a partir de 2015, período de recrudescimento das contrarreformas e de ascensão da extrema direita em espaços

estratégicos de poder nas instâncias governamentais do país. Marcam o período os parques investimentos do Estado na construção de uma rede própria substitutiva de atenção psicossocial e o aumento de incentivo e favorecimento dos hospitais psiquiátricos, bem como de iniciativas como as CTs, com fortes retrocessos na Política de Saúde Mental (Costa, 2021).

Segundo Santos (2018), existiam aproximadamente 2.000 CTs no Brasil e 300 delas mantinham parceria com o governo federal, por meio do programa “Crack: é possível vencer”. Entre 2017 e 2020, o investimento federal nas CTs correspondeu, aproximadamente, a um total de R\$ 300 milhões – chegando a R\$ 560 milhões, se considerados os valores repassados por governos e prefeituras de capitais (Conectas; Cebrap, 2022).

Em meio a esse cenário, o objeto deste artigo são as CTs no processo de contrarreforma e privatização da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no SUS, bem como a sua funcionalidade na manutenção da ofensiva capitalista contra a universalização do direito à saúde como um dever do Estado. O presente tem o objetivo de refletir sobre o amparo legal e as motivações subjacentes que impulsionam o fomento do Estado às CTs, sob a ênfase das controvérsias em torno do modelo interventivo respaldado na tríade disciplina-trabalho (não remunerado)-espiritualidade/religiosidade.

Procedimentos metodológicos

O estudo foi realizado por meio de análise documental. Buscou-se apreender as determinações sócio-históricas que sustentam a configuração das CTs brasileiras, as forças políticas presentes e os desafios para a implementação de políticas públicas sobre drogas sob bases antimanicomiais.

Para isso, na análise documental, foram consultados como aporte central os marcos regulatórios que alicerçam o campo Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com destaque para as normativas estabelecidas a partir de 2016, haja vista o recrudescimento das contrarreformas e o impulsionamento das CTs no período.

Na sequência, procedeu-se o estudo das CTs, selecionadas a partir das filiadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract), maior entidade associativa de CTs no Brasil (Ipea, 2017). Segundo dados coletados no *site* da Febract em dezembro de 2022, a entidade dispunha de um total 212 CTs afiliadas de diferentes regiões do país: 23 da região Centro-Oeste, 113 do Sudeste, 54 do Sul, 7 do Norte e 15 do Nordeste.

Para fins deste estudo, foram selecionadas duas CTs de cada região do país, tendo como critério dois estados de cada região que tivessem a maior quantidade de CTs filiadas e aquelas em que fosse possível obter, nos respectivos *websites*, informações sobre suas características, a saber: natureza da instituição, visão, missão, valores, objetivos, número e perfil das pessoas usuárias atendidas, equipe de profissionais, entidades mantenedoras e bases argumentativas de defesa do modelo de intervenção adotado.

Utilizando-se de elementos da teoria crítica, procedeu-se a interpretação dos dados por meio da técnica da análise temática (Minayo, 2008). Na interpretação dos resultados, observaram-se as motivações e as controvérsias em torno do modelo interventivo das CTs, fundamentado na tríade disciplina-trabalho (não remunerado) -espiritualidade/religiosidade.

O amparo legal do Estado às Comunidades Terapêuticas na contramão da Reforma Psiquiátrica brasileira

As CTs expressam a materialidade do moralismo e do conservadorismo que perpassa a questão das drogas no Brasil, e sua expansão é viabilizada pela presença de grupos conservadores, fundamentalistas religiosos em espaços públicos estratégicos (Passos; Gomes; Santo, 2022). Esses se utilizam de meios diversificados para dar direção à Política Pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, com destaque para a constituição de um aparato normativo legal que dê sustentação e viabilidade operacional de implementação de suas propostas. Esse conjunto de forças políticas na contramão dos princípios da RP constituem expressividade na disputa do fundo público pelo setor privado, filantrópico e religioso no âmbito da Política de Álcool e Drogas (Ipea, 2017), e, a depender da intensidade organizativa de tais setores, tendem a tomar para si a direção da referida política pública. Desse modo, balizado por uma perspectiva neoliberal de privatização da coisa pública, o Estado funcional, pressionado pelos interesses de setores privados empresariais, filantrópicos e religiosos, tem propiciado a sustentação financeira, política e legal para a propagação de iniciativas de intervenção manicomializadoras, higienistas e privatistas, a exemplo das CTs.

A institucionalização da Raps no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 3.088/2011 constitui um marco no processo de inclusão das CTs como política pública estatal e de mudanças no modelo de atenção, uma vez que permite que tais instituições atuem em nível de atenção residencial de caráter transitório por até nove meses junto às unidades de acolhimento (Brasil, 2011).

Entretanto, como mencionado, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Brasil, 2010), transformado no ano seguinte no programa “Crack: é possível vencer”, já havia introduzido elementos facilitadores para o estabelecimento de convênio e a transferência de recursos públicos às CTs.

No decurso do aprofundamento das contrarreformas neoliberais, sobretudo a partir do ano de 2016, são instituídos novos aportes normativos na direção contrária ao cuidado na perspectiva psicossocial e antimanicomial, com destaque no campo de álcool e outras drogas: a Portaria nº 1.482, do MS/2016, que incluiu as CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (Brasil, 2016); a Resolução nº 32 do MS/2017, com a inclusão do hospital psiquiátrico Raps (Brasil, 2017a); a Portaria nº 3.588/2017, que reforça uma visão higienista e proibicionista no contexto da Raps (Brasil, 2017b);

e a Portaria GM/MS nº 3.449/2018, com a instituição de comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, envolvendo a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas CTs (Brasil, 2018a).

A instituição da “nova” política sobre drogas (que passa a ser “antidrogas”) pelo Decreto nº 9.761/2019 (Brasil, 2019b) e da Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CMAD) marcam o ataque aos serviços substitutivos e abertos e à priorização da abstinência como única forma de tratamento (Brasil, 2019a).

Em 2023, Luiz Inácio Lula da Silva reassume a presidência da República, com a promessa de retomar o alinhamento do cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas sob os fundamentos dos princípios basilares dos direitos humanos e do paradigma psicossocial e antimanicomial. Contudo, no limite temporal desta produção científica, cabe sinalizar que as inflexões e disputas perduram. As forças políticas de setores privados empresariais, filantrópicos e religiosos exercem uma engenhosa articulação no parlamento e no Poder Executivo, alcançando um nível de pressão no governo federal que continua repassando recursos públicos e sustentando políticos – juridicamente as investidas intervencionistas asilares, manicomiais e catequéticas das CTs –, contrariando o caráter laico do Estado conforme prerrogativa constitucional.

Modelo interventivo das CTs: controvérsias da tríade disciplina-trabalho (não remunerado) - espiritualidade/religiosidade

Para fins de apresentação e discussão dos dados públicos encontrados nos *sites*, foram selecionadas as seguintes CTs filiadas à Febract nas cinco regiões do país: Centro-Oeste – Grupo Terapêutico Goiás sem Drogas (GO) e Desafio Jovem (DF); Sudeste – CACTOS – Centro de apoio e recuperação de dependentes de drogas (SP) e Fazenda Comunidade Magnificat (MG); Sul – PACTOPOA - Programa de Auxílio Comunitário Terapêutico de Porto Alegre (RS) e Comunidade Terapêutica Essência de Vida (SC); Norte – CERNA - Comunidade Terapêutica Nova Aliança (RO) e Espaço Nova Vida – (PA); Nordeste – Comunidade Terapêutica do Maranhão (MA) e Comunidade Terapêutica Associação Ágape (PE).

No processo de análise das CTs selecionadas, procurou-se estabelecer dimensões inerentes às características de tais instituições, com o intuito de compreender as motivações e as controvérsias em torno do modelo interventivo adotado.

Com relação às formas de intervenção indicadas pelos *sites* das CTs analisadas no presente estudo, ganham destaque o isolamento social, a hierarquia/controlado (disciplina), o trabalho (não remunerado) e a necessidade de ajustamento comportamental dos sujeitos – ou seja, a transformação moral, sustentada pelo conservadorismo religioso catequético.

A transformação moral é evidenciada em afirmativas como: “Preconiza os valores morais, comportamentais e espirituais, dentro de uma filosofia de tratamento que direciona o dependente químico a inserção e reinserção social, familiar, profissional e cultural, de modo integrado” (Comunidade Terapêutica Associação Ágape, 2019, p.1).

O caráter asilar das CTs é explicitamente descrito em seus *sites*, a exemplo da CERNA (2020), que informa a previsão de primeira saída daquelas pessoas que estão sob sua intervenção apenas após o sexto mês de internação e sob a condição de testar o comportamento do indivíduo fora da instituição.

A disciplina vem acompanhada pela padronização dos comportamentos, assim descrita no modelo interventivo pela Desafio Jovem:

Período de doze meses, dividido em quatro fases: 1. Abandono da antiga maneira de viver [...]; 2. Uma nova maneira de viver [...]; 3. Vivendo de uma nova forma [...] 4. Permanecendo na nova vida: avaliar o desempenho do acolhido pra ver se alcançou estabilidade emocional, social, espiritual e se está apto para retornar ao convívio da sociedade (Desafio Jovem, 2017, p. 2).

O disciplinamento e a padronização dos comportamentos são interpretados no presente estudo como similares às instituições totais, segundo análises de Goffman (2008). Para o autor, as instituições totais promovem um tensionamento entre aquilo que é introjetado no indivíduo dentro da instituição e aquilo que o sujeito aprende em sua socialização ao longo de sua história. Ou seja, o indivíduo chega à instituição com uma concepção de si mesmo e, ao longo do tempo, é doutrinado a despir-se disso e readequar o seu eu àquilo que é considerado certo pela instituição, como um processo de bloqueio da individualização do sujeito, na tentativa de padronizar comportamentos, como mortificações do eu (Goffman, 2008).

A disciplina, nesse contexto, também se relaciona com o segundo aspecto da tríade: o trabalho. A laborterapia – nome dado, basicamente, às práticas de manutenção dos espaços das CTs –, apesar de conter a palavra “terapia” no nome, não tem fim terapêutico (CFP, 2018). A despeito disso, a laborterapia, controversamente, é utilizada pela maior parte das CTs como a principal ferramenta de “cuidado”.

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

A CACTOS (2020, p.3) descreve a laborterapia como “trabalhos executados em grupos, divididos por setores: animais, horta, jardinagem, limpeza, cozinha, ferramenta-

ria (almoxarifado geral), serviços gerais e manutenção”. E Espaço Nova Vida (2018, p. 5) afirma que “todos os residentes fazem a experiência rotativa nos diversos espaços e nas diversas tarefas para manutenção do espaço físico da comunidade”.

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

Sob esta ótica, denota-se o caráter compulsório do trabalho, em que os acolhidos não têm o direito de escolher entre desenvolver tais atividades ou não. Assim, este acaba se tornando um recurso punitivo e que privilegia interesses privados – ou seja, dos próprios dirigentes das instituições, os quais, ao utilizar o trabalho dos internos para a manutenção e higienização do local, não arcam com os custos de contratação de pessoal para a execução desses serviços.

Além da disciplina e do trabalho, a espiritualidade/religiosidade também continua presente no modelo interventivo das CTs. A religião é apresentada como instrumento de recrutamento de adeptos e com a promessa de salvação, alusivo a uma perspectiva catequética. Ressalta-se que a imposição religiosa corrobora para violações de direitos e desrespeita a liberdade religiosa (CFP, 2018), além de prejudicar o debate científico sobre o tema e propagar um entendimento do uso de drogas como uma problemática de cunho espiritual.

A observação de tais tendências sugere que essas instituições fortalecem a ascensão do neoconservadorismo e do proibicionismo na questão das drogas. A interferência da religião e da moral cristã na política de drogas reforça estigmas e preconceitos que impedem um cuidado humanizado. Segundo descrito no *site* da Desafio Jovem, “Jesus Cristo é a cura para todos os vícios. A pessoas quando entram na CT são confrontadas com a realidade de que não precisam mais viver na escravidão do pecado [...]. O tratamento verdadeiro acontece quando a necessidade espiritual é alcançada” (Desafio Jovem, 2017, p.2).

De acordo com informações levantadas, cerca 95% das CTs declaram desenvolver trabalhos espirituais; destas, 47% são evangélicas ou protestantes, 27% são católicas e cerca de 18% declaram-se sem orientação religiosa (Ipea, 2018).

Os objetivos das CTs descritos nos *sites* apresentam similaridades e remetem a intencionalidade à transformação social e moral das pessoas internas, com realce para o detalhamento dos processos interventivos voltados para a conversão religiosa. Basicamente, para que haja cura, é necessário que o indivíduo cultive a espiritualidade e a religião imposta pela instituição e mantenha-se abstinente de qualquer tipo de substância.

Assim, o amparo legal e o financiamento público estatal direcionado às CTs em nada alterou o modelo interventivo de tais instituições. As contradições que perpassam o investimento público nessas instituições incidem no favorecimento da perpetuação de práticas que ferem os direitos humanos, com imposição religiosa, violência física, trabalho não remune-

rado, entre outras práticas violadoras de direitos e contraditórias com os princípios constitucionais e com o respeito à cidadania (CFP, 2018). Neste sentido, diversos estudos e relatórios de inspeção de diferentes entidades (Costa, 2021; CFP, 2018; CFESS, 2014), assim como pesquisas de instituições de referência, a exemplo do Ipea (2017, 2018), evidenciam a falta de comprovação científica quanto à eficácia do modelo interventivo prestado nas CTs, além de denunciar inúmeras situações que caracterizam violação dos direitos humanos.

Por outro lado, as CTs, na articulação para o seu fortalecimento e ampliação de financiamento público, passam a galgar espaço na área da assistência social, sob a defesa de que se constituem como equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Entretanto, a transferência das CTs para a política pública de assistência social, sob justificativa da relação dessa política às vulnerabilidades decorrentes do seu uso de drogas, fere as prerrogativas legais da proteção social no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

É válido salientar que as CTs, em sintonia com as Federações das quais são parte, orientam-se por uma perspectiva moralizadora, próxima a muitas situações vividas há séculos. Observadas com o necessário rigor, tais entidades revelam um projeto de sociedade que não aceita a diversidade humana e, neste sentido, busca obstruí-la. É o obscurantismo, nutrido pelo interesse econômico, cuja organização e expressão se faz em torno do parlamento. O Decreto nº 9.761/2019 (Brasil, 2019b), que transfere a responsabilidade da intervenção para o Ministério da Cidadania, é uma das formas de trazer à tona este projeto social sustentado por uma concepção normalizadora de humanidade e de sociedade, o que dificulta, e até mesmo impossibilita, o controle social por parte da saúde.

Diante disso, há de se questionar a priorização de financiamento público em instituições que não atendem a uma racionalidade sanitária no cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. As CTs não obedecem ao cumprimento de regramento básico constitutivo de um estabelecimento de saúde, tampouco de um estabelecimento voltado para a atenção à política de assistência social.

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

Considerações finais

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

com os princípios constitucionais que deveriam reger as bases centrais das políticas sociais. Na contramão das propostas da RP e do SUS, transfere a execução do atendimento às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas para instituições de cunho religioso, de caráter totalizante, baseadas no serviço voluntário e com práticas assistencialistas, focadas exclusivamente na abstinência, no trabalho (não remunerado), na disciplina e na religiosidade (Passos; Gomes; Santo, 2022). Apesar de heterogêneas, as CTs operam como amálgama entre forças políticas neoliberais, conservadoras, catequéticas e de extrema direita.

No decurso da expressividade que as CTs vêm conquistando no espaço público, o uso de terminologias para identificar suas intervenções (“acolhimento”, “reinserção social”, “internação”, “cuidado”, entre outras) seguem os interesses estratégicos de cada momento e expressam as contradições e fragilidades na natureza de tais instituições e, portanto, a incongruência do Estado em assumi-las como política pública e de favorecer suas práticas interventivas sem o devido respaldo técnico-científico.

Sendo colocadas como política pública, resultam em um impacto importante nos cofres públicos. Contudo, como mencionado, não dispõem de critérios consistentes nem embasamento científico efetivo no cuidado SM. Além disso, as intervenções baseadas em religiosidade ferem o Estado laico e, quando colocadas como parte da Raps, são controversas com as perspectivas de autonomia pelas quais os serviços abertos são guiados. A autonomia não é parte dos princípios que guiam as CTs.

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

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

Alinhado a isso, o discurso e o fundamentalismo religioso ligados às políticas sociais representam uma ofensiva à efetivação de direitos e ainda apontam para ataques ao Estado democrático de direito. É preciso, portanto, que o poder público invista em políticas de saúde mental que considerem a diversidade dos sujeitos e respeitem os princípios da RP, em vez de oferecer soluções paliativas que os sujeitam a práticas violadoras.

Contribuições dos/as autores/as: Marianna Nascimento Fernandes: realizou a pesquisa e a análise dos dados, participou da elaboração e revisão final artigo; Andréia de Oliveira: participou do planejamento da pesquisa, da redação e revisão final artigo.

Agradecimentos: Não se aplica.

Agência financiadora: Não se aplica.

Aprovação por Comitê de Ética: Não se aplica.

Conflito de interesses: Não se aplica.

Referências

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 26 jul. 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 12 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html. Acesso em: 4 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.449, de 25 de outubro de 2018. Institui comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. 2018^a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3449_01_11_2018.html. Acesso em: 15 out. 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n. 11, de 4 de fevereiro de 2019. 2019^a. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a política nacional sobre drogas. 2019^b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 20 jun. 2022.

CACTOS. *Centro de apoio e recuperação de dependentes químicos*, 2020. Objetivos e tratamento. Disponível em: <https://cactosapoio.wixsite.com/cactos/projects>. Acesso em: 29 out. 2022.

CERNA. *Comunidade Terapêutica nova aliança*, 2020. Processo Terapêutico. Disponível em: <https://cerna.org.br/tratamento/>. Acesso em: 8 mar. 2023.

CFESS. *Nota sobre a regulamentação das Comunidades Terapêuticas*: contribuições do CFESS para o debate. Brasília, DF: CFSN, 2014. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

CFP. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2022.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA ASSOCIAÇÃO ÁGAPE. *Ágape Petrolina*, 2019. Missão, visão e valores. Disponível em: <http://www.agapepetrolina.com.br/>. Acesso em: 19 set. 2022.

CONNECTAS; CEBRAP. *Financiamento público de Comunidades Terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. São Paulo, abr. 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2023.

COSTA, P. H. A. Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização. *Serviço Social em Debate*, Brasília, v. 3, n. 2, jul. 2021. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4693>. Acesso em: 2 out. 2022.

DESAFIO JOVEM. *Desafio jovem de Brasília*, 2017. Tratamento. Disponível em: <https://desafiojovem.bsb.br/tratamento/>. Acesso em: 9 mar. 2023.

ESPAÇO NOVA VIDA. *Nova vida*, 2018. Tratamentos. Disponível em: <https://www.espaconovavida.org/tratamentos>. Acesso em: 25 set. 2022.

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

IPEA. *Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras*. Brasília, 2017. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em: 23 jun. 2022.

IPEA. *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8856>. Acesso em: 7 jun. 2021.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

NATALINO, M. A. C. Isolamento, disciplina e destino social em Comunidades Terapêuticas. In: SANTOS, M. P. G. (Org.). *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190103_comunidades_terapeuticas_cap2.pdf. Acesso em: 7 jun. 2021.

PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S.; SANTO, T. B. E. O avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas e as Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro: uma análise do PL 565/2019. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 49, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63529/0>. Acesso em: 24 jun. 2022.

SANTOS, M. P. G. Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, M. P. G. (Org.). *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9444/1/Comunidades.pdf>. Acesso em 7 jun. 2021.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 63, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/TDxQbPHccjLh3FN548Db6qw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2022.

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