



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social

IONY CUNHA BEZERRA

**SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO
DF: ENTRE A CAPINA E A ORAÇÃO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Brasília
2018**

IONY CUNHA BEZERRA

**SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO
DF: ENTRE A CAPINA E A ORAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marlene Teixeira Rodrigues

Brasília
2018

RESUMO

As comunidades têm recebido cada vez mais espaço no âmbito das políticas destinadas à questão do uso de psicoativos; é de suma importância a compreensão desse processo e de como o serviço é de fato prestado pelas entidades. Com o intuito de caracterizar e analisar a forma pela qual as comunidades terapêuticas atuam no âmbito das políticas públicas foi empreendida uma caracterização dos estabelecimentos localizados no DF e financiados pela Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal, por meio de pesquisa documental nos sites das respectivas entidades, do referido órgão distrital, do Diário Oficial do Distrito Federal, bem como dos Portais da Transparência dos Governos Federal e do DF. A pesquisa indicou, entre outros aspectos, que muitas comunidades terapêuticas funcionam de forma irregular e, entre as entidades contratadas: a quase totalidade localiza-se em área rural; existe a restrição do contato com familiares e visitas em geral, além da proibição da posse de celular e dinheiro pela pessoa internada; um percentual ínfimo de vagas (4,2%) é destinado às mulheres; o tratamento se baseia em práticas confessionais. Pode-se concluir que o considerável aporte recebido pelas comunidades terapêuticas, bem como o esforço estatal em regulamentá-las e inseri-las em suas estratégias de atenção revelam-se insuficientes para a eliminação de práticas retrógradas realizadas pelas entidades, colaborando para que as históricas violações geradas pelo ambiente asilar se perpetuem, o que coloca em risco o processo brasileiro de reforma psiquiátrica.

Pavras-chave: Saúde mental. Comunidades terapêuticas. Distrito Federal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Recomendações passadas por uma comunidade terapêutica.	46
Figura 2 – Página inicial de uma sessão destinada a apresentar o tratamento. .	47
Figura 3 – Página inicial do site de uma comunidade terapêutica.	48
Figura 4 – Imagem veiculada por uma comunidade terapêutica	49
Figura 5 – Área utilizada por uma comunidade terapêutica, o Monte de Oração.	50
Figura 6 – Imagem publicada por uma comunidade terapêutica, indicando o local de instalações futuras.	51
Figura 7 – Comunidades terapêuticas cadastradas no Ministério da Justiça . .	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comunidades Terapêuticas contratadas pela Sejus/DF	40
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBAS	Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CT	comunidade terapêutica
CTs	comunidades terapêuticas
DF	Distrito Federal
DODF	Diário Oficial do Distrito Federal
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PEAD - SUS	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde
PFDC/MPF	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REME	Movimento de Renovação Médica
RIDE	Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
Sejus/DF	Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	A ATENÇÃO À SAÚDE AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL	13
2.1	A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas	18
2.2	Continuidades e retrocessos na consolidação do modelo psicossocial e de redução de danos	20
3	REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL	24
3.1	Dispositivos de saúde mental destinados à questão do uso de substâncias psicoativas na perspectiva antimanicomial	30
4	A ATUAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO DF	35
4.1	Caracterização das comunidades terapêuticas localizadas no Distrito Federal	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56
	ANEXOS	60
	ANEXO A - ENTIDADES COM REGISTRO NO CONSELHO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS/DF	61
	ANEXO B - ENTIDADES COM REGISTRO NO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	67

1 INTRODUÇÃO

As comunidades terapêuticas se constituíram como alternativas de atenção construídas na esteira da escassa, precária e violenta assistência ofertada pelo Estado para as possíveis demandas decorrentes do uso de psicoativos; assistência que inicialmente se resumia aos manicômios. Com isso, por um longo período essas entidades permaneceram à margem do aparato Estatal, até o momento no qual os setores institucionais que historicamente mantiveram uma postura repressiva frente ao uso de drogas começam a apoiá-las.

Comunidades terapêuticas são entidades privadas que propõem tratamento segundo regime residencial a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em sua maioria, são pautadas por alguma religião. As comunidades terapêuticas estão inseridas na Política Nacional de Saúde Mental como pontos de atenção à saúde na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mais especificamente na modalidade de serviço de atenção em regime residencial de caráter transitório, devendo funcionar de forma articulada com a atenção básica em saúde e com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

As CTs podem ser definidas como uma modalidade de cuidado residencial dirigida às pessoas que fazem uso problemático de drogas, cuja difusão no Brasil se deu principalmente a partir da década de 1990, por iniciativa da sociedade civil, especialmente de entidades religiosas. Suas práticas contemporâneas caracterizam-nas como residências coletivas temporárias para pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, de ingresso voluntário e longa permanência (em geral de 9 a 12 meses). (Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas, 2018)

Ressalta-se que a lei 10.216/2001 norteia a assistência em saúde mental no Brasil e resulta de intenso processo em âmbito social, jurídico, político e cultural desencadeado pelos movimentos de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial; logo, a Lei da Reforma Psiquiátrica é constituída segundo os princípios desses movimentos. No contexto da promulgação da nova lei, há a ampliação do debate em torno da proposição e da elaboração de ações que contemplem as especificidades da atenção e do cuidado destinados às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, com vistas a preencher a lacuna existente na resposta do Estado às questões assistenciais relativas ao uso de psicoativos.

As comunidades terapêuticas atuam no Brasil desde os anos de 1970, contudo o ápice do seu aparecimento acontece na década de 1990. Essa expansão teria sido ocasionada, segundo Machado, tanto pelo aumento do consumo de álcool e outras drogas quanto pela omissão do Estado na prestação de assistência a esse tipo de demanda. (MACHADO, 2006)

Com o propósito de garantir o mínimo de ética e de padrões técnicos a serem seguidos pelas recentes entidades, na década de 1990 foram criadas federações de comunidades terapêuticas. No mesmo período as comunidades terapêuticas começaram a receber apoio do poder público. Esse suporte partiu mais especificamente do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), órgão central do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes - hoje equivalentes ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), respectivamente.

De acordo com Machado (2006), tais acontecimentos contribuíram para que o antagonismo existente entre as comunidades terapêuticas e o meio científico fosse amenizado, resultando, em 2001, na primeira resolução de normatização das comunidades terapêuticas: a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 101, publicada em 30 de maio de 2001, a qual foi revogada recentemente pela RDC ANVISA nº 29, de junho de 2011. (MACHADO, 2006)

Com isso, as comunidades terapêuticas foram conquistando espaço no campo das políticas públicas, disputando financiamento público e preconizando o ideário de uma sociedade livre do consumo de drogas, segundo uma concepção moralizante e tendo a abstinência como norte. (MACHADO, 2006)

Contudo, apesar dos esforços para o reconhecimento da prática social realizada pelas comunidades terapêuticas e sua consequente regulamentação, verifica-se no interior dessas entidades um grande número de casos de violações de direitos humanos, como explicitado pelo Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos produzido pelo Conselho Federal de Psicologia (2011), resultado de vistorias realizadas em 68 comunidades terapêuticas espalhadas por todo o território nacional; e como indica também a mais recente inspeção nacional, organizada pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), ocorrida em outubro de 2017 nas cinco regiões do Brasil, a qual identificou práticas configuradas como violações de direitos humanos em todos os estabelecimentos visitados.

Além disso, considerando algumas das características presentes nas comunidades terapêuticas - isolamento social e religiosidade como parte do tratamento, exclusão da estratégia de redução de danos, obrigatoriedade de contrapartida trabalhista como forma de custear a internação - é válido questionar se o modelo de comunidade terapêutica em funcionamento no Brasil corresponde aos pressupostos de uma política de saúde mental construída segundo uma lógica antimanicomial, conforme estabelecido pela lei 10.216/2001.

Na minha experiência como estagiária no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III - Candango), pude observar o quão indefinido era o tratamento proposto pelas comunidades terapêuticas. Dos relatos dos usuários escapava uma ou outra queixa direcionada às unidades em que estavam acolhidos que poderia ser facilmente identificada como uma violação aos direitos de cidadania, tão arduamente conquistados.

Isto posto, a seguinte indagação se fez necessária: de que maneira as comunidades terapêuticas do Distrito Federal (DF) atuam no âmbito das políticas públicas? Essa foi a pergunta que norteou a pesquisa.

O objetivo geral foi caracterizar e analisar a forma pela qual comunidades terapêuticas localizadas no DF atuam no âmbito das políticas públicas. Foram analisadas aquelas que mantêm contrato com a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal (Sejus/DF).

Já os objetivos específicos compreenderam: a) identificar a rede de comunidades terapêuticas em funcionamento no DF; b) caracterizar o tipo, a forma de gestão, as formas e a natureza de financiamento; c) identificar a equipe profissional que atua nas comunidades terapêuticas; d) verificar as formas de acesso dos usuários às comunidades terapêuticas; e) verificar as atividades assistenciais oferecidas pelas comunidades terapêuticas; f) verificar se as comunidades terapêuticas possuem um viés religioso.

Esperou-se identificar em que dimensão as comunidades terapêuticas se aproximam ou se distanciam dos princípios preconizados pela reforma psiquiátrica e, conseqüentemente, pelos marcos normativos que sucederam à lei 10.216/2001. Além disso, almejou-se contribuir para o entendimento das práticas institucionais, se elas representam ou não um retrocesso no campo da saúde mental.

A fim de compreender o objeto por meio de aproximações sucessivas do real, partiu-se da hipótese de que há um embate na materialização da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), na medida em que as comunidades terapêuticas protagonizam o atendimento assistencial em detrimento da atenção integral à saúde preconizada pelo Ministério da Saúde. Em razão disso, a política vai de encontro com os princípios da reforma psiquiátrica. Ademais, entende-se que existem limitações nas parcerias público/privadas: o objetivo das entidades privadas nunca será de alcançar a universalidade de acesso, bem como um serviço garantidor de direitos de cidadania.

Este trabalho de conclusão de curso foi fundamentado nas categorias teóricas do materialismo histórico dialético - totalidade, contradição e mediação - visto que o fenômeno a ser estudado é resultado de um processo histórico e integrante de uma realidade social dinâmica e carregada de conflitos. Dentre as principais correntes episte-

mológicas - positivismo, estruturalismo e materialismo dialético -, apenas o materialismo dialético considera a história como um fator significativo para o desenvolvimento dos fenômenos. (RICHARDSON, 2012)

Tratou-se de um estudo descritivo, cuja unidade de análise foi a atuação das comunidades terapêuticas no âmbito das políticas públicas. Foram analisadas aquelas localizadas no Distrito Federal que mantêm contrato com a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal - Sejus/DF.

Foi realizada uma pesquisa documental nos sites da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal e das comunidades terapêuticas contratadas a fim de identificar as unidades conveniadas, verificar as formas de acesso, as respectivas atividades assistenciais, a equipe profissional e possíveis práticas profissionais. Também foi realizada pesquisa documental nos Portais da Transparência do Governo Federal e do Governo do Distrito Federal para identificar as fontes de financiamento federais e distritais. Para facilitar a análise dos dados coletados foi confeccionada uma planilha com os elementos de caracterização para identificar pontos em comum entre as comunidades terapêuticas. Por fim, foi empreendida uma análise das fontes encontradas e das bases de dados consultadas, ancorada em pesquisa bibliográfica e documental que incluiu os marcos regulatórios de caráter nacional acerca da política de saúde mental, quais sejam: Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a RDC ANVISA nº 29/2011, a Lei nº 10.216/01 e portarias do Ministério da Saúde. Para a análise documental também foram consultados livros e artigos inscritos nas áreas de saúde mental, álcool e outras drogas, comunidades terapêuticas e reforma psiquiátrica.

A pesquisa realizada indicou, entre outros aspectos, que muitas comunidades terapêuticas no DF funcionam de forma irregular, sem o devido registro no órgão competente; dentre as entidades contratadas pela Sejus/DF: a quase totalidade localiza-se em área rural, verificou-se a restrição do contato com familiares e visitas em geral e a proibição da posse de celular e dinheiro pela pessoa internada, apenas 4,2% das vagas oferecidas pelas comunidades terapêuticas são destinadas às mulheres, o tratamento se baseia em práticas profissionais. Corroborando a hipótese de que as comunidades terapêuticas vão na direção contrária das políticas de saúde mental, sobretudo no que se refere ao preconizado na lei 10.216/2001. Indicando também que o serviço prestado não garante os direitos de cidadania, nem a universalidade do acesso, tampouco estimula a autonomia dos sujeitos.

O presente trabalho foi organizado da seguinte maneira: além desta introdução, possui três capítulos e as considerações finais. O primeiro capítulo, A atenção à saúde aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, trata do processo histórico, permeado por forças conflitantes, de formulação de políticas públicas voltadas para a assistência

à saúde das pessoas que fazem uso de psicoativos, e da inserção das comunidades terapêuticas nesse processo; o segundo capítulo intitulado Reforma psiquiátrica e o movimento de luta antimanicomial no Brasil apresenta o desenvolvimento da reforma psiquiátrica e do movimento de luta antimanicomial, processos ainda em curso, e as implicações destes na assistência em saúde mental e, conseqüentemente, na atenção aos usuários de psicoativos; já o terceiro capítulo, A atuação das comunidades terapêuticas na política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas do DF, traz a caracterização das unidades contratadas pela Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal e discussão dos dados encontrados na pesquisa.

2 A ATENÇÃO À SAÚDE AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Historicamente a abordagem pelo Estado brasileiro da questão do uso de álcool e outras drogas se caracteriza pela predominância e precedência de políticas e ações na esfera da segurança pública e da justiça em detrimento da atenção às necessidades de saúde das pessoas que fazem uso prejudicial de psicoativos. O enfrentamento dessa questão pela ótica da saúde pública veio ocorrer recentemente, mais precisamente em 2003 com a publicação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

A legislação brasileira sobre drogas se torna mais rigorosa na primeira metade do século XX ao estabelecer pena de prisão àqueles que vendessem cocaína, ópio e seus derivados. Na década de 1920 era prevista em lei a internação compulsória aos chamados toxicômanos. Já o porte de drogas ilícitas passa a ser criminalizado nos anos de 1930. (ALVES, 2009)

Já nessa época, no Brasil, o consumo de álcool era superior e acarretava maiores prejuízos se comparado ao uso das demais substâncias psicoativas; contudo, o aparato estatal, influenciado por preceitos de convenções internacionais, foi direcionado ao controle do consumo apenas de drogas consideradas ilícitas. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Alves (2009) afirma que o discurso proibicionista, ou seja, o foco no combate ao consumo, à venda, à produção e ao porte de drogas ilícitas conquistou hegemonia tendo apoio da ONU e os EUA como berço ideológico, resultando no direcionamento das políticas públicas internacionais segundo esse posicionamento.

Em vista disso, no Brasil, as primeiras medidas assistenciais destinadas às pessoas que faziam uso prejudicial de álcool ficaram a cargo de entidades privadas, as quais eram orientadas pelo moralismo e pelo higienismo. Enquanto aos usuários de drogas ilícitas restava a penalização por meio de leis e decretos que indicavam a exclusão destes do convívio social, a princípio em prisões e sanatórios, a partir de 1970 em hospitais psiquiátricos e, posteriormente, em centros especializados de tratamento públicos ou filantrópicos. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Em relação às intervenções de saúde, a lei 5.726/1971 previa a “reabilitação criminal do infratores viciados” em regime de internação em estabelecimentos psiquiátricos. Já a lei 6.368/1976 recomendava que as redes dos serviços de saúde dos estados, territórios e Distrito Federal tivessem condições de atender os “dependentes de substâncias entorpecentes” conforme a necessidade e a possibilidade, em outras palavras, sem a obrigatoriedade. Previa também tratamento extra-hospitalar para os casos em que a internação não fosse necessária. (ALVES, 2009)

No entanto, a despeito da previsão legal, somente no final da década de 1980 é que são fundados os primeiros serviços extra-hospitalares, os quais consistiam em centros de tratamento, públicos ou religiosos. Logo, os hospitais psiquiátricos foram por um longo período a única opção de tratamento para grande parte da população que fazia uso prejudicial de drogas. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Importante ressaltar que inicialmente o atendimento nos centros de tratamento não era direcionado aos usuários de álcool.

Esse fato reafirma a tendência observada no Brasil de estabelecer ações governamentais tendo em vista os compromissos assumidos no plano internacional para controlar e reprimir o uso de drogas ilícitas, e não orientadas pelas necessidades de atenção surgidas com o consumo de substâncias psicoativas. (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 806)

Os primeiros passos do poder público relacionados à assistência à saúde das pessoas que consomem substâncias psicoativas são influenciados, portanto, por prescrições legais, cuja tônica é de controle e repressão. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Considerando que a partir de 1971 a pessoa que fazia uso de drogas consideradas ilícitas passa a ser penalizada legalmente com internações em hospitais psiquiátricos, situação atenuada com o surgimento de serviços extra-hospitalares nos últimos anos de 1980, evidencia-se a importância do período em que há o redirecionamento da assistência em saúde mental. Dessa forma, é válido ressaltar o momento de luta em prol da reconquista e da ampliação dos direitos no qual o país se encontrava, especialmente no âmbito da saúde.

Um marco fundamental foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, histórica por fomentar o debate acerca de uma concepção ampliada de saúde, por defender a saúde como um direito de todos e dever do Estado e também por sugerir a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e democrático. Essa conferência, ocorrida em 1986, além de fornecer subsídios para a consolidação do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e para a posterior criação do SUS, foi a primeira a contar com uma ampla participação dos diversos setores da sociedade civil. (PAIM, 2008)

Em decorrência da heterogeneidade dos atores presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde, decide-se organizar conferências de temas específicos e um deles é o da saúde mental. Assim, em 1987, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual, apesar de demarcada por um cenário de disputa entre modelos de assistência no campo da saúde mental, apresentou o fortalecimento da proposta de ruptura com o modelo hospitalocêntrico e institucionalizante vigente. (AMARANTE, 1998)

Em continuidade a esse processo, em 1989 é apresentado pelo deputado Paulo Delgado o projeto de lei nº 3.657, o qual propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. Tramitou durante 12 anos no Congresso Nacional até a sua conversão em lei federal, a lei nº 10.216 de 2001.

O período entre 1991 e 2001 é marcado por legislações federais que indicam o processo gradual de mudança na assistência à saúde mental até culminar no seu total redimensionamento, com a aprovação da Lei 10.216/2001. Ocorre intenso debate em torno do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado e uma ampla discussão acerca de políticas públicas no âmbito da saúde mental, incluindo formas de controle democrático. Estes acontecimentos são evidenciados pelos avanços no modo de tratamento e nos procedimentos adotados, os quais procuraram considerar as pessoas com transtornos mentais como cidadãos possuidoras de direitos. (GUIMARÃES et al., 2010)

Uma das primeiras medidas adotadas pelo Estado brasileiro nesse período foi a ampliação dos serviços assistenciais, com a possibilidade de internação psiquiátrica e atendimento de emergências psiquiátricas em hospitais gerais; assim como de atendimento ambulatorial em Hospitais-Dia e em Núcleos de Atenção Psicossocial. Outra mudança foi o reconhecimento normativo da necessidade de inclusão de equipe multiprofissional no processo de atenção. (GUIMARÃES et al, 2010)

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (2ª CNSM) acontece nesse contexto e reafirma a necessidade de cumprimento das legislações e continuação do processo de transformações, com ênfase nos direitos de cidadania. Em decorrência desse evento, o Conselho Nacional de Saúde cria a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, objetivando definir estratégias para o cumprimento das resoluções da 2ª CNSM e avaliar o desenvolvimento do processo de reforma psiquiátrica no país. (GUIMARÃES et al, 2010)

No decorrer do referido período são publicadas normativas que indicam continuidade no movimento de mudanças. Há a regulamentação de visitas nos estabelecimentos credenciados, sobretudo nos hospitais psiquiátricos - essas visitas seriam realizadas por equipes formadas por gestores, usuários, familiares de usuários, prestadores de serviços e associações de profissionais de saúde; recai também sobre as instituições psiquiátricas a exigência de elaboração, por uma equipe multidisciplinar, de projeto terapêutico que envolva a internação, a alta e a continuação do tratamento após a saída do hospital. (GUIMARÃES et al., 2010)

Outro importante passo para a reformulação dos serviços foi a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS, no ano 2000. Na medida em que as pessoas advindas de um longo período de internação psiquiátrica, sem uma rede de apoio familiar e social, passam a contar com uma alternativa de moradia. Essa

iniciativa visa a reabilitação psicossocial do morador, bem como a reinserção deste na comunidade. (GUIMARÃES et al., 2010)

Em julho do mesmo ano, outra ação do Ministério da Saúde foi a instituição do Programa Permanente para Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental a fim de avaliar a atenção prestada em saúde mental; supervisionar os hospitais psiquiátricos, tendo em vista a adoção das novas medidas; propor alternativas assistenciais; bem como elaborar e propor protocolos para a regulação da assistência à saúde mental. (GUIMARÃES et al., 2010)

Até que em 2001 o Projeto de Lei Paulo Delgado é aprovado e transformado na Lei nº 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Apesar da proposição de extinção dos hospitais psiquiátricos ter sido vedada, a normativa proíbe a internação em estabelecimentos com características asilares, ou seja, aquelas que não oferecem assistência integral à pessoa com transtorno mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros. Somado a isso, a lei estabelece que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Dessa forma, é priorizado o tratamento em meio aberto, buscando romper com a lógica manicomial/hospitalocêntrica vigente até então. (GUIMARÃES et al., 2010)

A Lei nº 10.216/2001 constitui um marco da reforma psiquiátrica brasileira por reconhecer, em âmbito federal, as pessoas com transtorno mental como possuidoras de direitos, redirecionando a atenção em saúde mental, antes focalizada na doença e centrada nos manicômios psiquiátricos. Essa lei, mesmo não fazendo menção à questão das necessidades decorrentes do uso de psicoativos, determina tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. (TEIXEIRA et al., 2017)

Voltando para o início da década de 1980, centros de tratamento, pesquisa e prevenção sobre o tema, criados majoritariamente em universidades públicas, contribuem para a produção técnico-científica e apontam um horizonte de práticas alternativas à repressão e ao moralismo. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Em 1980 foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, o qual apresentava como um dos objetivos a formulação da Política Nacional de Entorpecentes por intermédio do seu órgão central, o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen). (ALVES, 2009)

Em fins da década de 80, com a redemocratização do país, essas novas perspectivas coordenadas pelos centros de tratamento, pesquisa e prevenção começam a ser consideradas pelo aparato normativo, recebendo apoio do recém criado Conselho Federal de Entorpecentes. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

As ações de redução de riscos e danos associados ao uso de drogas receberam apoio do governo federal em meados de 1994, quando o Confen emite parecer favorável a projetos com esse fim. Tal acontecimento é influenciado pela necessidade de prevenção do HIV. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Dessa forma, o Confen apesar de ter privilegiado ações de repressão à produção, venda e consumo de drogas, atuou de forma preliminar no que se refere à atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas ao apoiar os centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção e os programas de redução de danos destinados à prevenção da transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis.

Entretanto, ações sanitárias foram propostas no âmbito da Justiça sem qualquer articulação com o Sistema Único de Saúde ou mesmo com o processo de reestruturação da assistência em saúde mental. Se manteve a tendência “de indefinição e sobreposição de atribuições e de responsabilidades”. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Como também pode ser observado no preliminar auxílio técnico e financeiro do Confen às entidades filantrópicas, incluídas aqui as comunidades terapêuticas, entendendo que estas necessitavam de aperfeiçoamento. Esse apoio, que se iniciou em 1996, acarretou na aproximação das comunidades terapêuticas com o meio acadêmico e com o poder público, incentivando as entidades a disputarem financiamento público. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

A participação das federações de comunidades terapêuticas no 1º Fórum Nacional Antidrogas¹ exemplifica bem esse processo: estavam presentes em maior número e conseguiram incluir no texto da política em elaboração a necessidade de implementar normas mínimas para o funcionamento das entidades. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

O 2º Fórum Nacional Antidrogas ocorre em 2001, nesse momento a nova política - Política Nacional Antidrogas - é apresentada à sociedade. Esse espaço acontece de forma simultânea à III Conferência Nacional de Saúde Mental, o que confirma a desarticulação entre a política nacional e o sistema de saúde. O SUS e o Sisnad permanecem desarticulados até 2003, início do governo Lula. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Em cumprimento à Política Nacional Antidrogas de 2001, a Senad colaborou com a Anvisa no processo de elaboração das normas mínimas de funcionamento das comunidades terapêuticas. Desse processo resulta a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101, de 30 de maio de 2001.

¹ Aconteceu em 1998 com o intuito de cumprir o compromisso do Brasil na 20ª Assembleia Geral da ONU de formular a Política Nacional Antidrogas. Na ocasião do Fórum, o órgão que estava à frente era a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), que substituiu a extinta Secretaria Nacional de Entorpecentes. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

2.1 A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

A garantia, pela Constituição de 1988, da saúde como um direito de todos e dever do Estado de provê-la; as práticas de atenção à saúde voltadas para a prevenção do HIV - mais especificamente os programas de redução de danos -; bem como o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental prepararam o solo histórico para a tomada de responsabilidade do SUS quanto à atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, confirmada pela elaboração da política em 2003. (MACHADO, 2006)

Somente em 2003 que o Estado reconhece o uso prejudicial de drogas como um problema de saúde pública, com a elaboração da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. A política é regulamentada pela portaria nº 2.197 em outubro de 2004, a qual institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Dessa maneira, há uma redefinição e uma ampliação da atenção ao evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos, ao reconhecer o uso prejudicial de drogas como um grave problema de saúde pública e ao priorizar estratégias de redução de danos nas intervenções. (TEIXEIRA et al., 2017)

É válido ressaltar que a decisão de formulação da política atende às propostas recomendadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001.

As conferências de saúde, definidas e instituídas pela Lei 8.142/90, têm como atribuição avaliar a situação da saúde, propondo diretrizes para a formulação de políticas afins, nas três esferas de governo. De forma análoga, as conferências de saúde mental constituem o foro maior de debates em torno de questões relacionadas a esta área específica de atuação. Nesta condição, vemos o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro de 2001) evidenciando, de forma ética e diretiva, a (re)afirmação e (re)elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS e, ao mesmo tempo, considere o seu caráter multifatorial, não reduzindo esta questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 6)

A política de saúde é elaborada em meio ao apoio da Secretaria Nacional Antidrogas às comunidades terapêuticas, inclusive buscando financiamento público para tais entidades. Lembrando que a Senad, órgão central na execução da política de drogas brasileira, teria a função de integrar as ações de repressão, prevenção e assistência, e estava alocada à época no então Gabinete Militar da Presidência da República. A política de 2003 surge, portanto, na contramão do movimento de expansão

de práticas repressivas e controladoras no campo assistencial. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Dessa forma, o Ministério da Saúde reconhece o atraso histórico no acolhimento da responsabilidade de atenção pelo SUS, considera o uso de álcool e de outras drogas como um problema de saúde pública e busca subsidiar o enfrentamento dessa questão. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004)

Em conformidade com a lei 10.216/2001, que versa sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a normativa de 2003 apresenta entre seus objetivos: a formulação de políticas que possam desconstruir o senso comum de que as pessoas que fazem uso prejudicial de psicoativos são doentes que precisam de internação, prisão ou absolvição; a incorporação da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a mobilização da sociedade civil em relação ao seu papel de controle e de participação em práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras; bem como a designação da questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública.

O desenvolvimento das comunidades terapêuticas é citado no documento e evidencia a opinião, à época, do Ministério da Saúde acerca das entidades:

Cabe ainda destacar que o tema [a questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas] vem sendo associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Constatamos assim que, neste vácuo de propostas e de estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 7)

Contudo, o Ministério da Saúde atesta a importância da intersectorialidade para a construção de uma política de prevenção, tratamento e educação para o consumo de álcool e outras drogas, reconhecendo, portanto, a parceria com outros ministérios e com setores da sociedade civil.

Posicionamento que se confirma com a posterior regulamentação da Política, pela portaria nº 2.197 em outubro de 2004, a qual institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. O programa inclui as comunidades terapêuticas como componentes da rede de suporte social, integrando-as à estrutura complementar da rede de serviços disponibilizados pelo SUS - embora a nomenclatura comunidade terapêutica não tenha ficado explícita na portaria.

2.2 Continuidades e retrocessos na consolidação do modelo psicossocial e de redução de danos

As ações que visam a redução de danos sociais e à saúde foram fortalecidas no âmbito institucional ao serem regulamentadas pelo Ministério da Saúde - Portaria nº 1.028 - em 2005, e pela aprovação da Política Nacional sobre Drogas pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) no mesmo ano. (TEIXEIRA et al., 2017)

Uma tendência apontada por Teixeira et al. (2017), que segue um pouco da lógica apresentada pela saúde, se refere às mudanças na abordagem ao tema das drogas que se reflete na nomenclatura das políticas e de órgãos governamentais relacionados. A Política Nacional Antidrogas, de 2002, passa a ser denominada em 2005 Política Nacional sobre Drogas, e a Secretaria Nacional Antidrogas, Secretaria Nacional sobre Drogas. As autoras citam como primeiro resultado dessa mudança, a ênfase dada às ações de prevenção ao uso, atenção e reinserção social de usuários de drogas; além da substituição da pena de prisão por penas alternativas no caso de posse de drogas para uso próprio pela Lei 11.343 de 2006, a qual institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Contudo, cabe pontuar que ao não definir parâmetros precisos para a diferenciação entre usuário e traficante, a lei acabou gerando um aumento do encarceramento.

Em 2007 é aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, a qual abrange “a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, associados ao consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade ligadas ao uso prejudicial do álcool, em uma abordagem intersetorial.” (TEIXEIRA et al., 2017)

A atenção à saúde das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas é aprimorada ao ser instituído o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD - SUS) em 2009. (TEIXEIRA et al., 2017) Prioriza as capitais, os municípios com população maior que 250.000 habitantes, além de 7 municípios de fronteira, por “apresentarem fragilidades na rede assistencial e/ou problemas de maior magnitude, do ponto de vista epidemiológico”, abrangendo 108 municípios. Prioriza também crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009)

Contrário ao movimento de ampliação do modelo psicossocial e de redução de danos, a partir do final da década de 2000 há um fortalecimento do modelo centrado na doença, representado, sobretudo, pelas comunidades terapêuticas. Algumas normativas corroboram esse fato. Em 2009 as comunidades terapêuticas são certificadas como entidades beneficentes de assistência social e, conseqüentemente, isentas de contribuições para a seguridade social, desde que sejam qualificadas pelo Ministério

da Saúde como entidades de saúde. Em 2011 a Anvisa “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”, mediante a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, a qual revoga e substitui a RDC nº 101, de 2001. (TEIXEIRA et al., 2017)

A normativa de 2011 buscou incentivar a regularização das comunidades terapêuticas, diante do levantamento feito pela Anvisa em 2010, o qual revelou que a maioria das entidades selecionadas para financiamento de leitos, à época, não estavam cadastradas junto à vigilância sanitária dos estados, mesmo sendo uma exigência desde 2001. (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011)

A resolução vigente da Anvisa altera a anterior em alguns aspectos: determina os ambientes que a instituição deve possuir; veda a admissão de pessoas que necessitem de serviços de saúde não disponibilizados pela entidade; a responsabilidade técnica da comunidade terapêutica deixa de ser de profissional de nível superior da área da saúde ou de serviço social e passa a ser exigido apenas profissional e substituto, ambos com nível superior em qualquer área de formação; ameniza a regra quanto aos recursos humanos, tornando-a inespecífica, geral, aberta à interpretação e conveniência das entidades, como pode ser observado na redação “recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas”, anteriormente havia a denominação dos tipos de profissionais e proporção necessária em relação ao número de residentes. (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013)

Ainda em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, é instituída no âmbito do SUS por meio da portaria nº 3.088/2011, ampliando os componentes da anterior Rede de Saúde Mental. As comunidades terapêuticas são incluídas na atenção residencial de caráter transitório, e são assim classificadas: “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.” (TEIXEIRA et al., 2017)

O Ministério da Saúde, em 2012, estabelece incentivo financeiro para custeio das comunidades terapêuticas por meio da portaria nº 131. O repasse regular do incentivo financeiro fica condicionado a uma série de requisitos estabelecidos pela portaria, os quais versam sobre o pedido de financiamento, o projeto técnico, o funcionamento e a estrutura do serviço, a equipe técnica, bem como o ingresso, o acompanhamento e a saída do residente. A normativa regulamenta também a origem dos recursos orçamentários para tal repasse, que é o Programa de Trabalho - Atenção à Saúde da População

para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012)

Segundo Teixeira et al. (2017), as comunidades terapêuticas começam a ser financiadas pelo Ministério da Justiça em 2014, por intermédio da SENAD, que as caracteriza como entidades que prestam serviços de acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Além disso, na mesma portaria, de forma inusitada, a laborterapia é definida como direito do acolhido. Nota-se que não descrevem as comunidades terapêuticas como estabelecimentos de saúde.

Em 2015, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad), vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, regulamenta as comunidades terapêuticas, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Essa resolução segue o entendimento do Ministério da Justiça, porém, ao contrário deste, deixa explicitado que não as considera estabelecimentos de saúde, mas sim “entidades de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social, sendo, desta forma, vinculadas ao Ministério da Justiça e fiscalizadas pela SENAD.” Cabe destacar também o prazo estabelecido para a internação, de doze meses, em divergência à abordagem psicossocial do Ministério da Saúde, que tem como finalidade a desinstitucionalização. (TEIXEIRA et al., 2017)

No ano seguinte, o Ministério da Saúde redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS). Com isso, as comunidades terapêuticas se tornam aptas à certificação caso comprovem a prestação de serviços e sejam qualificadas como entidades de saúde. Contudo, como salienta Teixeira et al (2017), não são apresentados critérios que permitam caracterizar uma entidade de saúde.

A partir desse cenário, evidencia-se a permanência da disputa ideológica, mencionada por Ribeiro e Minayo (2015), em torno dos modelos de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas: um de caráter repressivo e controlador, outro que visa a redução de riscos e danos. No interior do próprio setor saúde pode-se perceber essa disputa, que se reflete em uma política de caráter contraditório, pois abarca os dois modelos.

Há uma dualidade quanto à classificação das comunidades terapêuticas, se são estabelecimentos de saúde ou de caráter social. Ao serem incluídas na RAPS, são consideradas como ponto de atenção à saúde; ao serem referidas pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, equipamentos de apoio. É possível perceber uma tentativa do Ministério da Saúde de regulamentar as comunidades terapêuticas e de inseri-las como entidades de apoio ao SUS. Por outro lado, o Ministério da Justiça, por

intermédio do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas, procura atuar também no sentido de normatizá-las. Contudo, enquanto o Ministério da Saúde estabelece normas tendo em vista o reordenamento da assistência em saúde mental, as estratégias de redução de danos e a atenção psicossocial, no campo da Justiça esses pressupostos não são considerados de forma tão estrita. Dessa forma, ambas as regulamentações coexistem, por vezes se sobrepõem e fica a critério das comunidades terapêuticas seguir uma ou outra. Acaba sendo mais conveniente escolher o financiamento do Ministério da Justiça e conseqüentemente, seguir as orientações atribuídas pelo órgão.

No entanto, esse impasse tem fim em dezembro de 2017, com a Resolução nº 32 do Ministério da Saúde que estabelece “diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, alterando significativamente a Política Nacional de Saúde Mental ao prever, dentre outras medidas, o fortalecimento da parceria entre as comunidades terapêuticas e os Ministérios da Saúde, da Justiça, do Desenvolvimento Social e do Trabalho, bem como o retorno do incentivo aos hospitais psiquiátricos e às internações de longa permanência. O Conselho Nacional de Saúde recomenda a revogação da portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, a qual efetiva a referida mudança na RAPS. No mesmo documento, o Conselho afirma que tal portaria apresenta retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental e enumera algumas alterações que implicam na desestruturação da lógica organizativa da RAPS:

- a) A inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de atenção Psicossocial (RAPS);
- b) O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos;
- c) O não fechamento do leito com a desinstitucionalização do paciente crônico ferindo o disposto nas portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014;
- d) O aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%;
- e) O aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio;
- f) Exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio;
- g) O retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda. (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 2018)

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

O uso prejudicial de psicoativos - sejam os considerados lícitos ou ilícitos, incluindo os psicofármacos - se configura como uma questão do âmbito da saúde mental. Entidades que se propõem a prestar assistência às demandas das pessoas com tal condição devem seguir as normatizações vigentes para o seu correto funcionamento e para que os direitos dessa parcela da população sejam assegurados.

A política de saúde mental brasileira em vigor é regulamentada pela lei federal 10.216/2001, marco legal da reforma psiquiátrica no Brasil. Sendo assim, torna-se necessário a explanação dessa normativa e do processo de constituição dos referidos direitos.

No capítulo anterior o redirecionamento da assistência em saúde mental foi abordado no âmbito institucional, em diálogo com a política de saúde; no presente capítulo, buscou-se estabelecer uma relação entre a reforma psiquiátrica e o tratamento dispensado às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas.

Na contemporaneidade, mais precisamente após a Segunda Guerra, surge uma série de movimentos com o intuito de reformar o campo da psiquiatria. Os movimentos se iniciam na França, Inglaterra, Itália e nos Estados Unidos. Birman & Costa assinalam três grandes períodos: os dois primeiros de reforma do modelo psiquiátrico, nos quais prevalece a crença da instituição psiquiátrica como local de tratamento e a psiquiatria como saber competente, e o terceiro de desconstrução do conjunto de relações entre as instituições, os saberes e as práticas psiquiátricas. O primeiro iniciado pelo movimento das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA) e de psicoterapia institucional (França), de crítica à estrutura asilar. O segundo, marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, com o objetivo de promover e prevenir a saúde mental, formulado pela psiquiatria de setor e pela psiquiatria preventiva. E por último, a antipsiquiatria e a desinstitucionalização na tradição basagliana, as quais promoveram uma ruptura com os movimentos anteriores e questionaram o saber/prática psiquiátricos, bem como os dispositivos terapêuticos regidos por esse saber. (BIRMAN & COSTA, apud AMARANTE, 1998)

Ao nos determos nos processos de reforma da prática e do saber psiquiátricos ocorridos no Brasil, é possível afirmar que surgiram muitas ações em oposição ao modelo psiquiátrico clássico desde a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Amarante destaca o desenvolvimento, após a Segunda Guerra, de experiências inspiradas no preventivismo, nos modelos das Comunidades Terapêuticas, na psicoterapia institucional e na psiquiatria de setor, assim como ocorreu nos países mais diretamente atingidos pela guerra. (AMARANTE, 1998)

Nesse mesmo sentido, Vasconcelos (2008) afirma que apesar do período da ditadura militar ter sido marcado por repressão à iniciativas que previam mudança política, social ou institucional com participação da sociedade, experiências importantes no campo da saúde mental brasileira começaram a ser delineadas. Cita como exemplo a reprodução do modelo de Comunidade Terapêutica em alguns hospitais psiquiátricos e o encontro de profissionais alinhados à ideia de uma psiquiatria reformada em congressos de psiquiatria e psicologia.

A fim de evitar incorreções, faz-se necessário explicitar o movimento das Comunidades Terapêuticas, pontuando seus objetivos e importância no processo de reforma psiquiátrica e diferenciando o movimento dos serviços oferecidos na atualidade.

As Comunidades Terapêuticas constituem um dos primeiros movimentos que objetivaram reformar o campo da psiquiatria clássica. Diante do período pós-guerra, o reconhecimento das condições degradantes oferecidas pelos hospitais psiquiátricos, somado à necessidade de recuperação da mão de obra invalidada pela guerra, possibilita o ressurgimento de propostas de reestruturação do espaço asilar (AMARANTE, 1998). Em resumo, as propostas redescobertas naquele período foram a da terapêutica ativa idealizada por Hermann Simon na década de 20, que consistia na reabilitação do doente mental pelo trabalho; a do tratamento em sistemas grupais em detrimento do enfoque individual, implementado por Sullivan a partir de 1929; assim como a experiência de Menninger, datada da década de 40, que buscava facilitar a ressocialização dos pacientes por meio da discussão dos problemas e das soluções coletivamente. (BIRMAN & COSTA, 1994 apud AMARANTE, 1998)

O termo comunidade terapêutica surge na Inglaterra em 1946 e remete ao trabalho desenvolvido no Monthfield Hospital por Thomas Main, Wilfred Bion e John Reichman. “Nesta experiência, ocorrida no contexto da II Guerra, os pacientes (ex-combatentes) se organizavam de modo comunitário, no enfrentamento do cotidiano do hospital”². Contudo, é em 1959 que o termo é consolidado pelas experiências desenvolvidas por Maxwell Jones em um hospital psiquiátrico, tendo como referência as propostas acima mencionadas: de Simon, Menninger, Sullivan, Bion e Reichman. (AMARANTE, 1998)

Dessa forma, Maxwell Jones

Ao organizar, nos primeiros momentos de sua experiência, os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetiva o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais, assim como faz da ‘função terapêutica’ uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprio internos, dos familiares e da comunidade. (AMARANTE, 1998, p. 29)

² Goulart, 2004; Campling, 2001 apud Goulart, 2014, p. 56

O movimento das comunidades terapêuticas inicia no interior dos manicômios o primeiro grande período de mudança dos campos teórico-assistenciais da psiquiatria. Contudo, apesar do reconhecimento do processo de cronificação acarretado pelo manicômio, ainda era consenso a ideia do hospital psiquiátrico como local de tratamento e cura. Dessa forma, buscava-se resgatar o caráter positivo da instituição psiquiátrica. O modelo de comunidade terapêutica viria, portanto, para suscitar uma reflexão acerca do ambiente institucional, por meio de mudanças e criação de espaços coletivos na própria instituição psiquiátrica. (AMARANTE, 1998; GOULART, 2014)

Nesse sentido, Goulart (2014) cita alguns princípios paradigmáticos da modalidade de comunidade terapêutica em suas origens:

democratização das relações institucionais; anti-autoritarismo; anti-tecnicismo; alto grau de tolerância com os pacientes; incentivo à participação; [...] desenvolvimento de projetos de integração social; prática multiprofissional; trabalho com metodologia de grupos. (Goulart, 2014, p. 56)

A autora reitera que apenas os dois últimos indicadores foram encontrados - ainda assim, de forma pouco expressiva - em uma experiência considerada vanguardista de comunidade terapêutica em um hospital psiquiátrico mineiro na década de 1960. Somado a isso, verificou-se que o referido espaço hospitalar continuou sendo controlado pela psiquiatria e, no decorrer do período ditatorial, acabou se restringindo à função de triagem de pacientes para a rede privada. Dessa forma, são indicadas limitações na implantação do modelo de comunidade terapêutica no Brasil, bem como a conseqüente insuficiência do projeto terapêutico. (GOULART, 2014)

A principal crítica a essa modalidade, assim como o motivo de busca de sua superação, reside no fato da experiência se limitar ao âmbito asilar, não alcançando o cerne do hospital psiquiátrico: a segregação, os mecanismos e motivações que a determinam. (AMARANTE, 1998)

A experiência das comunidades terapêuticas foi uma dentre as várias tentativas de reforma do manicômio, as quais mostraram-se ineficazes por não questionar o saber, a prática e as instituições psiquiátricas, e, por conseqüência, não considerar a complexidade da existência da pessoa com sofrimento psíquico, mas pelo contrário, ter como objeto a doença mental por si só.

Entende-se que o isolamento como forma de lidar com a loucura foi algo construído socialmente, onde o intuito maior era o de afastar a situação vista como problema. Vários fatores eram desconsiderados, tais como a saúde, o bem estar, a humanidade da pessoa internada.

[...] ao longo de mais de dois séculos, a racionalidade que sustentou e legitimou o cuidar na psiquiatria criou instituições e práticas que são mais bem

definidas como produtoras de práticas da violência. Não houve cuidar, mas produção de silêncio, negligência, indiferença. (YASUI, 2006, p.109)

Logo, o cenário, predominante, que envolvia as pessoas com sofrimento psíquico até pouco tempo no Brasil era de segregação em manicômios, internação por longos períodos, não raro até a morte, adiantada pelas péssimas condições das instituições, onde ocorriam agressões, estupro, trabalho escravo, dentre outras atrocidades. Uma realidade que encontrou resistência por parte de familiares, de usuários dos serviços e de movimentos sociais, os quais participaram ativamente das mudanças ocorridas a nível social, político, jurídico e cultural no trato com a loucura. As possibilidades e as sugestões de mudanças foram inicialmente desenvolvidas pelo movimento de reforma psiquiátrica.

A chamada e conhecida reforma psiquiátrica brasileira se diferencia dos movimentos anteriores de reforma por colocar em questão o saber e a prática psiquiátricos, bem como os dispositivos a eles relacionados. Apesar de se aproximar à perspectiva de ruptura e de desconstrução, convencionou-se utilizar o termo reforma, sendo entendida, portanto, como “[. . .] um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. (AMARANTE, 1998, p. 87)

A reforma psiquiátrica brasileira tem início nos últimos anos da década de 1970, a partir da formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual se destaca por apresentar propostas de reformulação do sistema assistencial e por fortalecer a crítica ao saber psiquiátrico. Surge na conjuntura dos últimos anos da ditadura militar, período no qual partidos políticos, sindicatos, associações, movimentos sociais começam a se reformular frente a uma necessidade de abertura política. (AMARANTE, 1998)

Amarante subdivide o processo de reforma psiquiátrica brasileira em três momentos. Esse primeiro, o momento inicial, é intitulado trajetória alternativa. Nessa fase, a necessidade de análise das práticas dos profissionais de saúde, bem como de organização e discussão das políticas de saúde resulta na criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME). A relevância dessas entidades é atribuída ao fato de constituírem “espaços de organização e produção do pensamento crítico em saúde”, possibilitando a “estruturação das bases políticas das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil”. (AMARANTE, 1998, p.90)

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental surge a partir dessas organizações e se destaca por formalizar denúncias ao governo militar, especialmente no

que diz respeito às torturas, corrupções e fraudes ocorridas nos hospitais psiquiátricos, tanto públicos quanto privados. Conforme ressalta Amarante:

É principalmente a partir destas organizações que são sistematizadas as primeiras denúncias de violências, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante. (AMARANTE, 1998, p. 90)

E ainda Vasconcelos (2008), o qual evidencia que nessa fase o MTSM era desvinculado do aparato estatal, e se concentrava na mobilização da opinião pública e da imprensa, sobretudo em Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro.

O segundo momento da reforma psiquiátrica se caracteriza pela inserção estratégica de grande parte dos movimentos de reforma psiquiátrica e sanitarista no âmbito estatal, especialmente nas secretarias de saúde municipais e estaduais e no ministério da saúde. Os avanços alcançados durante o percurso da chamada trajetória sanitarista são frisados por Vasconcelos:

[...] um período de abertura concreta de espaços no interior das instituições, com o afastamento de velhas lideranças, comprometidas com a empresa da internação psiquiátrica, ou com a psiquiatria conservadora, ou ainda, com a prestação de serviços à repressão. (VASCONCELOS, 2008, p.95)

Esse período, que se iniciou nos primeiros anos da década de 1980, tem seu fim marcado por antagonismos decorrentes da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987. Segundo Amarante (1998), enquanto o Estado juntamente às alianças mais tradicionais, representadas pela Associação Brasileira de Psiquiatria, pretendiam um caráter tecnicista ao evento, o MTSM defendia uma conferência de natureza participativa. O distanciamento entre esses atores abre espaço para a trajetória da desinstitucionalização. Como estratégia para essa transformação, é valorizada uma maior aproximação às demandas das pessoas, das comunidades, buscando-se o desprendimento dos moldes criados pela instituição médica, a fim de inventar novas formas de lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico. (AMARANTE, 1998)

Durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987, é articulada a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental no mesmo ano, na cidade de Bauru. A relevância do Congresso de Bauru é atribuída, sobretudo, ao surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial, que traz como lema: por uma sociedade sem manicômios. (YASUI, 2006)

[O MTSM] Passava a perceber a inviabilidade da mera transformação institucional, da simples modernização da psiquiatria e suas instituições, próprias da trajetória institucionalista, de ocupação e de aliança com o Estado. Em outras palavras, resgatava o tom inicial de suas origens, quando denunciava

a psiquiatrização, a institucionalização, e partia para uma nova etapa, em que a questão da loucura e das instituições psiquiátricas deveria ser levada à sociedade. (AMARANTE, 1998, p.81)

Dessa forma, há uma ruptura no processo de reforma psiquiátrica, que deixa de perpassar apenas o campo técnico-assistencial, “para tornar-se um processo que ocorre [...] nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural”. Nesse momento, associações de familiares e usuários têm um papel de destaque no campo das políticas de saúde mental, como um desdobramento da participação nas históricas conferências de saúde, em especial a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que contaram com uma ampla participação da sociedade. (AMARANTE, 1998, p.76)

A partir desse momento, quando o movimento passa a abarcar não só os trabalhadores de saúde, mas também os usuários, os familiares e a sociedade, há o fortalecimento da proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico e institucionalizante vigente - o qual se apresentava mercantilizador da loucura, cronificante e desumano - por serviços de base territorial, que visam o cuidado em liberdade, sem a necessidade de longas internações e principalmente garantidor dos direitos humanos e de cidadania.

Avanços impulsionados também por uma série de processos, tais como: o compromisso do governo brasileiro ao assinar a Declaração de Caracas em 1990, documento que propõe reformas na atenção à saúde mental nas Américas; a promulgação da Constituição Federal de 1988, que incorpora ideias e proposições da Reforma Sanitária e com isso assegura a saúde como direito social e dever do Estado; a criação do Sistema Único de Saúde em 1990; bem como a amplificação do debate em torno do projeto de lei 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado.

Como resultado de todo esse movimento, há a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como as Unidades Psiquiátricas em hospitais gerais, Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos, seja por iniciativa de municípios, de estados ou por portarias ministeriais. Até culminar na aprovação do projeto de lei Paulo Delgado, com a promulgação da lei 10.216 em 2001, marco da reforma psiquiátrica brasileira por assegurar em âmbito nacional direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais, bem como reorientar o modelo de assistência em saúde mental.

Importante frisar que a reforma psiquiátrica não se restringe a uma reforma de serviços de saúde. Como bem pontuado por Amarante (2018), a reforma diz respeito fundamentalmente à transformação do lugar social das pessoas em sofrimento mental. Nesse mesmo sentido, Yasui compreende que a reforma psiquiátrica é muito mais que a transformação de serviços:

Trata-se do estabelecimento de uma estratégia de cuidados, que envolve o reconhecimento do território e seus recursos; a assunção da responsabilidade sobre a demanda deste território; implica em estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer e a demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede a este território. (YASUI, 2006, p.108)

A partir da lei 10.216, de 6 de abril de 2001, o Estado brasileiro absorve as demandas do movimento de reforma psiquiátrica e consolida um novo entendimento quanto a assistência prestada em saúde mental, objetivando abandonar a histórica lógica de segregação e isolamento em instituições de caráter asilar, apresentando em seu lugar o cuidado em liberdade, pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Como visto no artigo 4º, o qual assevera que a internação deve ser considerada o último recurso, caso os extra hospitalares sejam insuficientes. Ademais, veda a internação em estabelecimentos com características asilares, ou seja, aqueles que não ofereçam assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros; e que não assegurem os seguintes direitos:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001)

3.1 Dispositivos de saúde mental destinados à questão do uso de substâncias psicoativas na perspectiva antimanicomial

A lei 10.216/2001 oficializa o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, além de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico. A partir da nova legislação, uma rede de serviços de atenção e

cuidados se estrutura em âmbito nacional, tendo como referência as primeiras modalidades de atenção gestadas no final da década de 1980, permeadas pelo contexto de redemocratização, de fortalecimento de uma nova concepção de saúde e de surgimento do movimento de luta antimanicomial.

Tais modalidades assistenciais possibilitaram o avanço e amadurecimento da reforma psiquiátrica por constituírem uma alternativa real de substituição ao modelo hospitalocêntrico hegemônico. Vale ressaltar duas experiências consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados: o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta com posterior implantação de uma rede de serviços substitutivos em Santos. (TENÓRIO, 2002)

O primeiro CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, também conhecido como CAPS Itapeva - surge em 1987, na cidade de São Paulo. Sua prática influenciou a criação e a transformação de serviços por todo o Brasil. (AMARANTE, 1998) “A clínica do Caps [...] não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar.” (TENÓRIO, 2002, p. 39)

O serviço constitui-se, basicamente, pelo atendimento diurno, mas vai muito além de uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Possibilita ao usuário do serviço comparecer todos os dias da semana, se assim for necessário ou interessante, pois oferece atividades diversificadas e dispõe de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, traduz-se na ampliação da intensidade e da diversidade de cuidados. (TENÓRIO, 2002)

Já a intervenção realizada no manicômio Casa de Saúde Anchieta viabiliza a constituição de um processo considerado por Amarante (1998) como o mais importante da psiquiatria pública nacional. Essa qualificação se deve ao fato da cidade de Santos protagonizar uma experiência inédita, iniciada em 1989: a partir da constatação de uma série de violações, incluindo mortes, na Casa de Saúde Anchieta - um hospital psiquiátrico privado conveniado com o Inamps, ou seja, financiado pelo poder público e que durante quarenta anos absorveu praticamente toda a demanda de internação da região -, a Secretaria Municipal de Saúde decreta o fechamento do local, com isso são produzidas as condições que iniciam o processo de construção do complexo e exemplar Programa de Saúde Mental daquela cidade. (AMARANTE, 1998; TENÓRIO, 2002)

Dessa forma, a experiência de Santos foi pioneira no sentido de efetivar a substituição do hospital psiquiátrico por meio de uma rede de serviços e ações de saúde completamente antimanicomiais, organizada em torno dos NAPS, criados naquela ocasião. Essa rede era constituída por:

NAPS, unidades de cuidado, regionalizados, funcionando 24 horas por dia e 7 dias na semana e que respondiam à demanda de Saúde Mental em sua área de abrangência: o Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal, o qual tinha como objetivo ser retaguarda do sistema na atenção à crise e urgência/emergência, em particular no período noturno; a Unidade de Reabilitação Psicossocial, que coordenava e desenvolvia os empreendimentos de trabalho; o Centro de Convivência TAM-TAM, iniciado a partir da 42 Rádio TAM-TAM, que desenvolvia projetos culturais e atividades artesanais; e o Lar Abrigado – “República Manoel da Silva Neto”, moradia e espaço de atenção para usuários gravemente institucionalizados, com debilidades clínicas e físicas importantes. (YASUI, 2006, p. 41)

Essas estratégias se tornaram exemplo para todo o país, sendo incorporados no atendimento em saúde mental do SUS a partir de 1991. Inicialmente, são os CAPS e os NAPS a serem incluídos em âmbito nacional; apesar das suas concepções distintas, passam a ser considerados pelo Ministério da Saúde como sinônimos, até ocorrer a padronização no conceito de CAPS. (AMARANTE, 1998)

Nesse sentido, a rede de serviços “produziu e acumulou saberes e práticas, cujos princípios e conceitos mais importantes caracterizam-na como uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional.” (YASUI, 2006, p. 105)

O CAPS torna-se o instrumento central de implementação da política nacional de saúde mental e desde sua criação se mostra efetivo ao promover o cuidado em liberdade e próximo à situação de vida dos usuários; estimular a autonomia dos sujeitos; pautar-se pelo respeito aos direitos humanos, sociais e civis; fomentar o exercício da cidadania e proporcionar a inserção dos usuários em seu território.

O principal documento que normatiza os CAPS, a portaria nº 336/2002, descreve o serviço como ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território, devendo sua área física ser independente de qualquer estrutura hospitalar. Define também as modalidades por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional: CAPS I, CAPS II, CAPS III, além das estratégias específicas para crianças e adolescentes (CAPS i) e para a área de álcool e outras drogas (CAPS AD). Somado a isso, estabelece a conversão dos NAPS e CAPS existentes até aquela data em CAPS e determina as fontes de financiamento, dentre outras disposições.

O serviço destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, o CAPS AD, inclui as seguintes atividades: atendimento individual (seja por profissional da área de psicologia, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, psiquiatria ou clínica geral); atendimento em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades com foco na integração do usuário do serviço à comunidade e à família; assim como atendimento de desintoxicação.

Considerando a necessidade de intensificação, ampliação e diversificação das ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, o CAPS AD III é instituído pela portaria nº 2.841 em 2010. Essa nova modalidade, além de prestar a assistência acima descrita, tem seu funcionamento ampliado para todos os dias da semana, inclusive feriados e finais de semana, durante as 24 horas do dia. Em 2012 há a redefinição do CAPS AD III pela portaria nº 130, a qual revoga a mencionada anteriormente.

Estabelecendo influência sobre a transformação da assistência em saúde mental e ao mesmo tempo sendo influenciado por ela, há o aprofundamento do debate em torno da atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, sobretudo no campo da saúde. Há o distanciamento da postura punitivista, segregadora, moralista e de culpabilização do sujeito, em direção à abordagem técnica e teórica da estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal³.

A estratégia utilizada desde 1994 pelo Ministério da Saúde na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV e hepatites virais entre usuários de drogas injetáveis é ampliada de forma a contemplar os estilos de vida das diferentes pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as consequências do uso e da dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV. O uso destas medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, conseqüentemente adequados às necessidades de cada usuário dos serviços. (BRASIL, 2004, p. 34)

Dessa forma, as ações que visam a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias psicoativas passam a nortear as práticas de atenção à saúde no Brasil. Posição expressa nas diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003 e no subsequente escopo normativo nacional:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (BRASIL, 2004, p.10)

³ O artigo enuncia: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Importa frisar que as ações de redução de danos foram regulamentadas em 2005 pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 1.028, a qual se aplica:

no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005)

O relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010, aponta para a necessidade de efetivação da política de redução de danos na rede de atenção psicossocial, “enquanto estratégia que considera o sujeito em sua singularidade, respeitando suas escolhas para além dos preconceitos e estigmas associados à questão do consumo de álcool e outras drogas”, em contraponto ao modelo focado na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas. (RELATÓRIO. . . , 2010, p. 87)

4 A ATUAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO DF

Neste capítulo pretende-se apresentar uma caracterização das comunidades terapêuticas contratadas pela Sejus-DF para a prestação de serviços de acolhimento a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Será feita uma análise dos dados encontrados na pesquisa considerando os pressupostos da Lei da Reforma Psiquiátrica, da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e da Rede de Atenção Psicossocial; além disso, é estabelecida uma aproximação dos dados encontrados com os resultados da Inspeção Nacional em Comunidade Terapêuticas, realizada em outubro de 2017.

As contribuições para as comunidades terapêuticas contemporâneas - voltadas, em tese, exclusivamente para o uso prejudicial de psicoativos - provêm das experiências de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, de caráter fechado, que começaram a surgir a partir da década de 1960 nos EUA. Dentre as metodologias estadunidenses que servem de referência, destacam-se a Minnesota “[. . .] com essência predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e nos doze passos [. . .], buscava a instilação de esperança através da confiança em um poder divino superior”; e a Synanon, a qual determinava “que o comportamento desviado do dependente químico só poderia ser corrigido por novas formas de convívio e métodos terapêuticos”, sustentada na autoconfiança do indivíduo e na laborterapia. (DAMAS, 2013, p. 53)

Conforme visto no primeiro capítulo, as comunidades terapêuticas atuam no Brasil desde a década de 1970 e o ápice do seu aparecimento acontece na década de 1990. A expansão é atribuída ao aumento do consumo de álcool e outras drogas somado à escassa assistência pública em saúde mental a essa demanda, que encontra como única alternativa a internação em hospitais psiquiátricos. Logo, as comunidades terapêuticas são anteriores à formulação da política pública de saúde direcionada à questão do uso de psicoativos estruturada a partir da luta antimanicomial. (MACHADO, 2006)

A reforma psiquiátrica não abarca a modalidade de comunidade terapêutica em razão de incompatibilidades quanto à concepção de saúde, às estratégias de atenção e cuidado, aos princípios norteadores dos serviços, e, acima de tudo pelo fato da luta ser antimanicomial, por repudiar instituições com características asilares, comprovadamente geradoras de violências.

Além da incompatibilidade com o processo de reforma psiquiátrica, as comunidades terapêuticas também destoam das diretrizes da própria rede da qual fazem parte, a RAPS; quais sejam:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011)

4.1 Caracterização das comunidades terapêuticas localizadas no Distrito Federal

Nesta seção encontra-se uma descrição das comunidades terapêuticas localizadas no Distrito Federal que possuem contrato com a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal. As variáveis criadas para tal caracterização compreenderam a rede de comunidades terapêuticas em funcionamento; o tipo, a forma de gestão e as formas de financiamento; os profissionais que trabalham nas entidades; as formas de acesso dos usuários; as atividades assistenciais oferecidas; bem como a presença ou ausência de elementos religiosos.

O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid) do Governo Federal mantinha um sistema de busca que permitia o acesso a informações acerca das instituições que atendem às demandas relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas. Contudo, por alguns meses o site ficou fora do ar e retornou recentemente em novo formato, porém sem o sistema de busca.

Já o IPEA, em nota técnica, apresenta o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras tendo como base uma pesquisa significativa de abrangência nacional, que é o levantamento realizado em 2009 pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e pelo Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia/UFRGS. Nesse estudo encomendado pela SENAD, foram contabilizadas quase 2 mil comunidades terapêuticas distribuídas pelo território brasileiro,

encontrando-se 41 no Distrito Federal. (INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS, 2017) O resultado desse mapeamento ficaria disponível na internet em formato de mapa interativo, permitindo a localização das instituições, no entanto, o site apresenta problemas de funcionamento.

Dessa forma, para se ter uma ideia do número aproximado de comunidades terapêuticas em atividade, bem como dos dados relativos a elas, foi preciso recorrer ao catálogo de bases de dados e informações públicas do Ministério da Justiça, o qual apresenta um conjunto de dados criado em 2016 sobre as comunidades terapêuticas do país.⁴ A listagem conta com 40 entidades localizadas no DF; as informações acerca destas unidades encontram-se na seção de anexos deste trabalho.

Segundo dados divulgados pela Sejus/DF⁵, 22 comunidades terapêuticas estão registradas no Conselho de Políticas sobre Drogas do Distrito Federal (Conen/DF), instância responsável por, entre outras atribuições, “orientar, acompanhar e fiscalizar a implantação e execução das normas técnicas e critérios estabelecidos pelo Conen/DF ou órgãos normatizadores da área de saúde para as instituições que lidam com o diagnóstico e tratamento da dependência química”, em consonância com a Política Nacional sobre Drogas. (SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E CIDADANIA DO DISTRITO FEDERAL, 2017)

Considerando a existência de aproximadamente 40 comunidades terapêuticas no DF, considerando ainda que apenas 22 possuem registro no órgão responsável por reconhecer o exercício das atividades, é possível afirmar que um grande número de estabelecimentos funciona de forma irregular. Esse dado indica a manutenção de entidades que propõem tratamento sem a devida fiscalização do Estado; atuando, portanto, sem se submeter às exigências legais, técnicas e sanitárias, constituindo-se como lugares propícios à violações de direitos.

Cabe retomar ao levantamento realizado pela Anvisa em 2010 - que constatou um grande número de comunidades terapêuticas selecionadas para financiamento funcionando sem registro sanitário, mesmo esse registro sendo uma exigência desde 2001 - para estabelecer uma relação com o dado encontrado no DF. Ao contrário do apontado por vários autores - que basta investimento financeiro e fiscalização para que as regras sejam cumpridas, o que se observa é que sequer há interesse por parte de muitas entidades em se adequar às normativas mínimas.

Dentre as 22 entidades registradas no Conen/DF, 13 foram habilitadas para a celebração de contrato com a Sejus/DF, segundo Edital de Credenciamento nº 01/2016-

⁴ Disponível em: <<http://dados.mj.gov.br/dataset/comunidades-terapeuticas-privado/resource/8d15cbeb-dbcd-48ee-9e6b-2ca1b6c2da4d>>. Acesso em: 31/10/2018.

⁵ Disponível em: <<http://www.sejus.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/12/Rela%C3%A7%C3%A3o-de-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>>. Acesso em 03/08/2018.

SEJUS⁶, com o intuito de prestar serviços de acolhimento a pessoas que fazem uso problemático de drogas. No presente ano, 11 comunidades terapêuticas estão com o contrato mantido até que novo convênio seja firmado por meio do Chamamento Público 01/2017, o qual está em andamento⁷.

No site do Conen/DF são disponibilizados alguns dados sobre as comunidades terapêuticas registradas: os respectivos endereços, telefones, emails e o nome de alguns dirigentes. É divulgado o site de apenas uma comunidade terapêutica, dentre as 22 cadastradas.

Das 22 comunidades terapêuticas registradas no Conen/DF, 15 estão inseridas em área rural e 7 em perímetro urbano. Afunilando um pouco mais - e a partir deste ponto, atendo-se à caracterização das 11 comunidades terapêuticas contratadas pela Sejus/DF, 10 estão localizadas em área rural⁸, enquanto apenas 1 se insere em zona urbana⁹. Pôde ser observado que muitas das que realizam internação em área rural possuem sede ou escritório em área urbana, onde são feitas as triagens e o acolhimento inicial.

Por área rural entende-se local de difícil acesso, que na maioria dos casos não faz parte do trajeto do transporte coletivo público, onde a rede de serviços de saúde é limitada, muitas vezes inexistente. Todos esses fatores contribuem para o isolamento das pessoas internadas, interferindo diretamente na autonomia dos sujeitos, que passam a depender exclusivamente da instituição para a tomada de decisão quanto a qualquer aspecto de suas vidas. Ademais, a localização em lugares afastados contribui para que ocorram práticas de violações de direitos.

A prática de cercear a liberdade de locomoção dos internos é comum entre as comunidades terapêuticas e além da localização de praticamente todas as entidades ser em área rural, foi encontrado no site de uma das unidades pesquisadas um outro fator que expressa o traço asilar de isolamento de forma mais contundente, que é o de restringir o contato com o mundo externo, inclusive com a família. A referida unidade informava que só era permitida a saída do residente após 60 dias de internação, com a condição de ser por meio período e acompanhado do familiar responsável; além disso, era permitido passar 1 fim de semana com a família a cada 30 dias, depois de transcorridos 121 dias de internação e as visitas dos amigos e familiares

⁶ Resultado da habilitação final disponível em: <<http://www.sejus.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/12/Habilita%C3%A7%C3%A3o-final-das-Comunidades-Terap%C3%AAuticas-do-Edital-de-Chamamento-2016.pdf>>. Acesso em 23/07/2018.

⁷ Disponível em: <<https://www.escavador.com/diarios/664710/DODF/P/2018-06-05?page=40>>. Acesso em 23/07/2018.

⁸ Sendo 7 no DF e 3 em municípios do estado de Goiás pertencentes à Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE).

⁹

Em municípios do estado de Goiás pertencentes à RIDE.

à comunidade terapêutica eram permitidas depois de passados 30 dias da admissão do residente. Ou seja, a pessoa internada ficava no mínimo 30 dias sem contato com familiares e amigos e no mínimo 60 dias sem contato com o ambiente externo à comunidade terapêutica. Cabe frisar que a mesma entidade proíbia os residentes de portarem celular e dinheiro, o que configura também uma forma de restringir o contato com o mundo exterior e de dificultar a saída, além de ferir o direito previsto na lei 10.216/2001: o de livre acesso aos meios de comunicação disponíveis.

Isto posto, torna-se válido ainda ressaltar que

“De forma geral, a restrição inicial a qualquer contato e as restrições posteriores às visitas vão no sentido contrário das políticas de saúde mental que priorizam a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.” (CFP; MNPCT; PFDC/MPF, 2018, p. 59)

Oito entidades foram fundadas entre o anos 2003 e 2012. Uma outra se distinguia das demais por ter sido criada na década de 1970, sendo uma das primeiras comunidades terapêuticas do Brasil, contudo ficou desativada por um longo período, reabrindo em 2003. Não foram encontradas informações acerca do ano de inauguração das outras duas.

Todas as 11 comunidades terapêuticas que possuem contrato com o poder público são de natureza privada, a maioria é qualificada como não governamental, sem fins lucrativos.

Um aspecto relevante quanto à forma de gestão, encontrado em duas comunidades terapêuticas, foi a administração por associações que se intitulam sem fins lucrativos. Uma das associações divulgava o próprio estatuto, que versava sobre organização, objetivos e finalidades, patrimônio, associados, administração e órgãos da associação, conselho diretor, conselho fiscal, assembleia geral, conselho consultivo e assessorias. Uma segunda associação afirmava que a comunidade terapêutica estaria “sob os cuidados do grupo de voluntários que se autodenomina Pessoal do Francisco”¹⁰, o qual encontra-se vinculado à Diretoria de Promoção Social da Comunhão Espírita de Brasília.

Nenhuma das comunidades terapêuticas pesquisadas disponibilizava dados em seus sites quanto ao financiamento público, possivelmente para não desestimular a prática de doações por pessoas físicas e jurídicas. Logo, a coleta de informações sobre o convênio distrital ocorreu no DODF, no site da Sejus-DF, bem como no Portal da Transparência do Distrito Federal.

¹⁰ Disponível em: <<https://casadosolazul.org.br/index.php/sobre/noticias/9-sample-data-article/47-os-fundadores-dizem-ate-logo>>. Acesso em 05/08/2018.

Os recursos públicos destinados às comunidades terapêuticas são administrados pelo Fundo Antidrogas do Distrito Federal (FUNPAD) e correspondem à quantia estipulada pelo Ministério da Saúde na portaria nº 131/2012, de R\$ 1.000,00 mensais por leito efetivamente ocupado. A celebração dos contratos com as comunidades terapêuticas realizou-se por edital de chamamento público da Sejus/DF - Edital de Credenciamento nº 01/2016-SEJUS.

Dessa forma, notou-se que o acesso das comunidades terapêuticas ao financiamento público ocorre por meio dos recursos destinados às políticas sobre drogas. Constatou-se que a totalidade dos recursos públicos geridos pelo FUNPAD se aplica exclusivamente às comunidades terapêuticas conveniadas.

No edital anterior ao vigente foram contratadas 152 vagas em cinco estabelecimentos: “O Reviver a Vida tem 12 leitos fornecidos para o programa. Portanto, recebe R\$ 12 mil mensalmente. Também fazem parte os centros Abba Pai (15 leitos), Caverna Adulão (50), Crescer (15) e Salve a Si (60)”¹¹. O edital vigente promoveu a ampliação dos contratos, houve uma expansão do total de vagas para 245 leitos em 11 comunidades terapêuticas, conforme ilustra a tabela 1

Tabela 1 – Comunidades Terapêuticas contratadas pela Sejus/DF

Comunidade Terapêutica	Número de vagas contratadas pela Sejus/DF	Total de vagas disponíveis na CT	Recursos distritais recebidos de janeiro a julho/2018	Recursos federais recebidos de janeiro a julho/2018
Abba Pai - Casa de Recuperação e Reintegração	20	Não informado	99.983,60	58.800,00
Renovando a Vida	20	Não informado	97.026,02	CNPJ não encontrado no Portal da Transparência
Instituto de Educação e Assistência Social Crescer	30	Não informado	247.906,12	69.475,27

¹¹ Disponível em: <<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2016/12/30/comunidades-terapeuticas-um-reforco-na-recuperacao-de-dependentes-quimicos/>>. Acesso em 20/06/2018.

Caverna de Adulão	50	Não Informado	248.575,68	220.765,59
Salve a Si	50	120	255.799,61	Nenhum acordo federal vigente
Instituto Maanaim	10	18	52.780,23	CNPJ não encontrado no Portal da Transparência
Despertai	15	40	74.515,17	CNPJ não encontrado no Portal da Transparência
Novo Tempo	13	Não informado	63.724,60	CNPJ não encontrado no Portal da Transparência
Centro de Apoio Casa do Sol Azul	10	15	21.067,79	56.048,70
Mar Vermelho	12	Não informado	98.656,40	Nenhum acordo federal vigente
Desafio Jovem de Brasília	15	Não informado	69.080,18	88.000,00
Total	245	...	1.329.115,40	...

Elaboração própria

Esses dados se alinham a uma declaração feita por Paulo Amarante recentemente, na qual ele afirma que o desmonte da política de saúde mental não se trata de uma disputa por opção científica ou por modelo de atenção, mas constitui uma questão mercadológica, uma disputa por fundo público, o que remete à situação encontrada antes do advento do SUS, onde havia uma privatização completa da saúde, subsidiada pelo Estado. (AMARANTE, 2018)

Notou-se uma disparidade nos recursos distritais recebidos por duas comunidades terapêuticas (Mar Vermelho e Instituto de Educação e Assistência Social Crescer), na medida em que o valor total repassado não condiz com os R\$ 1000,00 reais mensais por leito, ultrapassa essa quantia, mesmo ao considerar que todas as vagas contratadas estivessem efetivamente ocupadas. Outra observação se refere ao montante

destinado ao Centro de Apoio Casa do Sol Azul; constatou-se que a unidade recebeu bem menos em comparação às demais, embora seja a única comunidade terapêutica com vagas ofertadas para mulheres, o que pode indicar o esvaziamento dos leitos disponíveis, a descontinuidade da internação, a priorização das vagas contratadas pelo âmbito federal, entre outros fatores.

Dentre as 11 comunidades terapêuticas pesquisadas, somente uma atende mulheres. O que corresponde, tendo em vista as vagas contratadas, a 10 vagas destinadas a mulheres em contraponto às 235 exclusivas para homens. Portanto, o Estado escolhe depender da definição estabelecida pelas entidades no que se refere ao público atendido. A oferta escassa de vagas para mulheres evidencia o estigma sofrido por esse público em razão do uso problemático de drogas. A condenação pelo uso é exacerbada, recebe contornos machistas e isso se reflete nas comunidades terapêuticas, regidas por uma moral cristã.

Cinco comunidades terapêuticas comunicavam nos sites que existe uma delimitação quanto à faixa etária atendida, indo dos 18 aos 59, e em algumas, até os 60 anos.

Quatro comunidades terapêuticas disponibilizavam informações sobre os profissionais que atuam nas entidades. No entanto, apenas uma delas apresentava o quadro completo da equipe, composto por: clínico geral, psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, responsável técnico, conselheiros, psicólogos, assistente jurídico, terapeuta espiritual, terapeuta ocupacional e monitores. As demais entidades faziam menção à equipe de forma superficial e pouco objetiva, como podia ser visto no site de uma comunidade terapêutica ao descrever a fase final de internação: “acompanhamento técnico-profissional coordenado por teólogos, pastores, e professores com vasta experiência nos diversos tipos de adicção”¹².

Outra consideração a ser feita sobre a equipe técnica se refere a algumas características em comum entre essas quatro comunidades terapêuticas: a de não especificar a forma de contratação das pessoas que compõem a equipe - se o trabalho é voluntário ou remunerado; nem de informar se a escala de trabalho é fixa ou de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Com exceção de um estabelecimento, que fazia menção à trabalhadores remunerados e voluntários, bem como anunciava com que frequência um dos terapeutas comparece à entidade, mesmo assim com algumas ressalvas, pois não especificavam quantos trabalhadores e quais são remunerados ou voluntários, nem repassavam informações acerca da constância dos demais.

A apresentação da equipe profissional por apenas 1 comunidade terapêutica, dentre as 11 conveniadas, é um indicativo da condição incerta do quadro de pessoal, ou

¹² Disponível em: <<http://centrocaverna.blogspot.com/p/tratamento.html>>. Acesso em: 21/06/2018.

seja, muito provavelmente o trabalho voluntário, incluindo o trabalho de ex-internos nas funções de monitoria, inspeção ou aconselhamento, sobressai ao vínculo empregatício. Ademais, é possível afirmar que as comunidades terapêuticas não contam com o trabalho rotineiro de profissionais aptos para lidarem com uso prejudicial de psicoativos, pois se assim ocorresse, certamente teria uma ampla divulgação nos sites.

Esse cenário encontrado no DF se assemelha ao nacional, registrado no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, o qual constatou escassez de profissionais para a oferta de assistência integral nas unidades vistoriadas. Tal documento apresenta a seguinte avaliação:

A escassez de profissionais é um sintoma dos arranjos improvisados que, ao cabo, constituem as comunidades terapêuticas. É também indicativo da fragilidade desses espaços em termos de capacidade de prover, de fato, atenção à saúde. O modelo acaba tendo como consequência, também, a incapacidade de atender a requisitos normativos diversos, tais como a manutenção dos registros e prontuários das pessoas privadas de liberdade. (CFP; MNPCT; PFDC/MPF, 2018, p. 97)

É válido reproduzir também as observações feitas durante a inspeção ocorrida em 2017 em uma das comunidades terapêuticas contratadas pela Sejus/DF, integrante da presente pesquisa:

A equipe é formada, em sua grande maioria, por “acolhidos” que se tornaram “monitores”; o serviço de manutenção do espaço é feito por eles próprios. De equipe especializada só foi observada a presença de uma psicóloga e um fisioterapeuta. Inclusive, os terapeutas (assim nomeados pelos internos) são pessoas que fizeram algum curso na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract) e estão lá na modalidade de voluntários. Não existem funcionários registrados. No que diz respeito ao quadro de profissionais, todos atuam como voluntários (ou MEI) e recebem remuneração caracterizada como “ajuda de custo”. Logo, não há formalização de vínculos trabalhistas. (CFP; MNPCT; PFDC/MPF, 2018, p. 99)

Apenas 3 comunidades terapêuticas, dentre as 11 conveniadas, orientavam quanto à forma de acesso. As 3 entidades afirmavam nos respectivos sites que a internação ocorreria mediante encaminhamento feito pelo SUS. Orientavam, portanto, que as pessoas interessadas solicitassem a um médico da rede pública de saúde encaminhamento para uma comunidade terapêutica. É válido ressaltar que o CAPS AD foi mencionado por somente uma delas como possível local para a realização do procedimento de encaminhamento. Uma segunda fazia um alerta em relação aos acolhimentos de indivíduos que respondem processo na Justiça, os quais deveriam ser precedidos de autorização ou solicitação da Justiça.

Outro ponto a ser destacado no que se refere à forma de acesso foi a solicitação, feita por 2 comunidades terapêuticas, de uma série de itens de higiene, limpeza, calçado

e vestuário como critério de admissão. Entre os objetos, chama a atenção o pedido de bíblia e enxada. O enxoval, como nomeado pelas entidades, de uma delas era composto pelos seguintes itens:

07 camisetas, 04 bermudas ou shorts, 03 calças (1 para trabalho no campo), 01 blusa de manga comprida, 01 casaco, 01 jogo de moletom, 07 meias de algodão, 07 cuecas, 02 bonés e/ou chapéus, 02 pares de tênis, 01 par de botas (para trabalho no campo), 01 enxada para trabalho no campo, 01 par de sandálias de borracha, 02 jogos de roupa de cama, 02 jogos de toalhas, 01 colchão de solteiro, 01 travesseiro, Produtos de higiene, menos perfume, desodorante, só “roll on”, Barbeadores (giletes estão proibidas), Sabão em barra e em pó, Balde, Escova de roupa, Material de estudo: Lápis, borracha e canetas, Bíblia de sua preferência.¹³

Cabe destacar a lista de outro estabelecimento:

07 pares de roupas íntimas (calcinhas e soutiens), 03 calças jeans, 03 calças leggings, 02 agasalhos/casacos, 02 calças de moletom, 08 camisetas malha fria (grandes) sem estampa e em cores claras (verde, azul, amarelo, rosa, etc.), 03 Bermudas (na altura do joelho), 02 bonés/chapéu, 02 pijamas (não podem ser curtos e nem cavados), 02 toalhas de banho, 02 toalhas de rosto, 01 Cobertor, 02 jogos de roupa de cama (lençol, fronha e virol), 01 travesseiro, 02 pares de chinelo de borracha, 02 pares de tênis, 01 par de sapatos, 01 par de galochas, 06 pares de meias, 01 saboneteira transparente. MATERIAL DE LIMPEZA 2kg - SABÃO EM PÓ, 3L - ÁGUA SANITÁRIA, 3L - AMACIANTE, 3 unid. SABÃO EM BARRA, 10 unid. PAPEL HIGIÊNICO DE 60 METROS, 1pct. TOALHA DE PAPEL P/ MÃOS, 5 unid. SABONETE, 2 unid. SHAMPOO, 2 unid. CONDICIONADOR, 1 unid. CREME PARA PENTEAR, 4 pcts c/8 ABSORVENTE HIGIÊNICO NOTURNO, 2unid. CREME PARA O CORPO, 2 unid. DESODORANTE SEM ÁLCOOL TIPO ROLON, 1 unid. ESCOVA DENTAL, 1 und. FIO DENTAL, 1 cx. COTONETES, 4 unid. APARELHO DE BARBEAR DESCARTÁVEL, 1 unid. BUCHA PARA BANHO, 2 unid. CREME DENTAL, 1 cx. BAND AIDS, 1 pct. ALGODÃO.¹⁴

Foi possível identificar semelhanças quanto às atividades assistenciais rotineiras oferecidas pelas comunidades terapêuticas. Apenas uma entidade não informava acerca das atividades desenvolvidas. Cinco delas citavam os 12 passos dos alcoólicos/narcóticos anônimos como atividade integrante da rotina; três entidades utilizavam palestras acerca de temas que envolvem o cristianismo ou as drogas, na palavra de uma das comunidades terapêuticas: “palestras sobre a doença”; a laborterapia era expressamente mencionada como integrante do tratamento por cinco estabelecimentos; atividades de lazer, tais como exibição de filmes, televisão, futebol, banho de piscina, caminhada, tênis de mesa eram apresentadas como integrantes da programação por seis comunidades terapêuticas; dez estabelecimentos faziam referência à espiritualidade como componente do tratamento, algumas delas (duas) traziam a ideia de uma

¹³ Disponível em: <<http://www.salveasi.com.br/wp-content/uploads/2015/11/CriteriosdeAdmissao.pdf>>. Acesso em 17/07/2018.

¹⁴ Disponível em: <<https://casadosolazul.org.br/index.php/sobre/orientacoes>>. Acesso em: 25/07/2018.

espiritualidade ecumênica, conceito que pode ser entendido de várias formas: que procura a unidade entre as religiões cristãs ou que abarca todas as crenças, independentemente do seguimento religioso; as demais deixavam evidente o direcionamento: estudos bíblicos, cultos de adoração a Deus, ensinamentos da bíblia.

Por algumas as atividades eram descritas detalhadamente, conforme explicado no parágrafo anterior, por outras faltava objetividade; que ia além, caía em conceitos vazios, que nada diziam. Como pode ser observado nos seguintes trechos: “intervenções físicas, psicológicas e espirituais”, “Praticamos métodos e procedimentos baseados em princípios e valores.”

No que tange à laborterapia - manutenção dos espaços por meio de tarefas diárias obrigatórias que envolvem limpeza de áreas internas e externas, bem como preparação de refeições, entre outros, cabe enfatizar o entendimento do Conselho Federal de Psicologia, do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão presente no Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2018):

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

Não há uma relação horizontal no que se refere ao tratamento, vide cartaz em uma das comunidades terapêuticas (figura 1), o qual orientava os internos a não questionar o programa.

Figura 1 – Recomendações passadas por uma comunidade terapêutica.



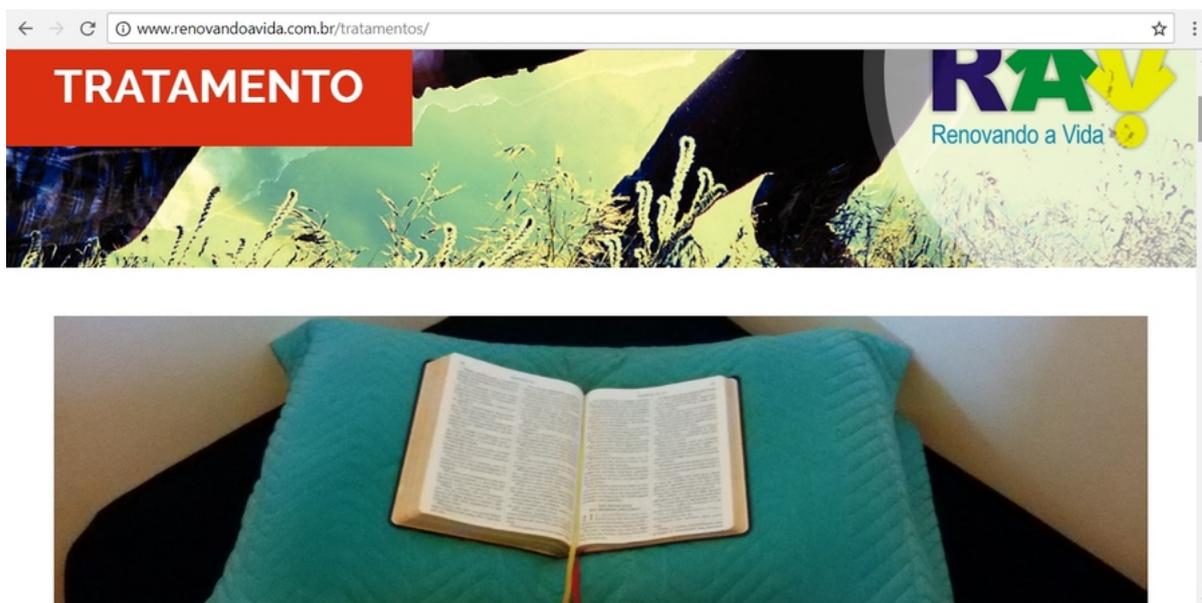
Captura de tela do site da comunidade terapêutica Salve a Si.

É possível inferir que o indivíduo não participa ativamente do plano terapêutico, devendo aceitar as regras, condições e programas pré-estabelecidos; o que demonstra que as singularidades dos indivíduos não são consideradas. Situação exemplificada também por uma outra comunidade terapêutica, que elencava a disciplina como atividade, caracterizando-a como “horários, normas e atividades programadas que devem ser cumpridas”. Nota-se que essas práticas divergem da diretriz da RAPS que aponta para a construção do projeto terapêutico singular como eixo central para o desenvolvimento da lógica do cuidado direcionado a pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Interessante pontuar que os elementos religiosos se destacavam nos sites de nove comunidades terapêuticas¹⁵. Uma delas afirmava não seguir, nem fazer alusão a qualquer “religião ou ceita”, no entanto utilizavam a bíblia como livro de estudos e mantinha em destaque no site imagem da bíblia juntamente a fotos de algumas dependências da unidade, como ilustra a figura 2 .Além disso, as palestras realizadas pelo diretor dessa entidade, disponibilizadas no respectivo site, eram baseadas em passagens da bíblia, permeadas por um discurso voltado totalmente para a religião cristã evangélica e incluem a realização de orações ao longo da transmissão.

¹⁵ Pelo fato dos sites das duas CTs restantes carecer de informações, não foi possível identificar a presença de características confessionais além do nome das entidades.

Figura 2 – Página inicial de uma sessão destinada a apresentar o tratamento.



Site da comunidade terapêutica Renovando a Vida.

Outra CT explicitava que a metodologia de tratamento seguida era a do Modelo Comunidade Terapêutica Cristã, e explicava do que se tratava:

A metodologia utilizada no tratamento é baseada no Modelo Comunidade Terapêutica Cristã, que reconhece a doença e acredita na libertação através do poder superior (Deus) e das técnicas utilizadas para sua estabilização, com a possibilidade de vida em abstinência das substâncias.¹⁶

Uma terceira entidade deixava claro o que ela oferecia como tratamento, “nossa principal e única medicação: a palavra de Deus e muita oração” e o que objetivava: “Procuramos prepará-lo para ser um Valente de Deus e nunca fugir da realidade com uso de drogas”; fazendo referência a uma prática comumente realizada em comunidades terapêuticas, a de medicar internos com remédios tranquilizantes, muitas vezes sem supervisão ou prescrição médica, com o intuito de facilitar a obediência às regras, de disciplinar os indivíduos.

Cabe também destacar a página inicial do site de mais um dos estabelecimentos contratados pela Sejus/DF, (figura 3):

¹⁶ Disponível em: <http://crescerdf.com.br/tratamento/>. Acesso em 20/07/2018.

Figura 3 – Página inicial do site de uma comunidade terapêutica.



Site da comunidade terapêutica Salve a Si.

Algumas comunidades terapêuticas enfatizavam excessivamente os elementos religiosos presentes no serviço oferecido e acabavam deixando explícito quais princípios sustentavam a prática. Como observado no site de uma delas, onde o uso de álcool e outras drogas é considerado um pecado.

Um trabalho [de recuperação de dependentes] totalmente de FÉ e muita renúncia, um trabalho totalmente espiritual, dependente do Espírito Santo. Um trabalho para resgatar VIDAS do pecado. [...] Nós acreditamos que Jesus Cristo é a cura para todos os vícios. [...] As pessoas quando entram no Desafio Jovem são confrontadas com a realidade de que não precisam mais viver na escravidão do pecado. Jesus quebra a força de todo tipo de vício e pecado. Ele cura permanentemente qualquer tipo de dependência ou pecado conhecidos pelo homem. [...] O tratamento verdadeiro acontece quando a necessidade espiritual é alcançada. Através de Jesus Cristo, a vida da pessoa com problema muda. Como consequência desta nova vida e com a força do Espírito Santo, eles aprendem a trabalhar com os problemas. [...] Estudos Bíblicos consistentes melhoram a saúde mental e emocional servindo como alicerce para a reestruturação de padrões de pensamento, criando por outro lado uma nova e estável maneira de viver.¹⁷

Fica evidente a culpabilização dos sujeitos pela condição de uso prejudicial de drogas, responsabilização essa que reverbera na família, como pode ser observado em uma imagem divulgada por uma das comunidades terapêuticas. (figura 4)

¹⁷ Disponível em: <https://desafiojovembrazil.com.br/filosofia/>. Acesso em 31/07/2018.

Figura 4 – Imagem veiculada por uma comunidade terapêutica .

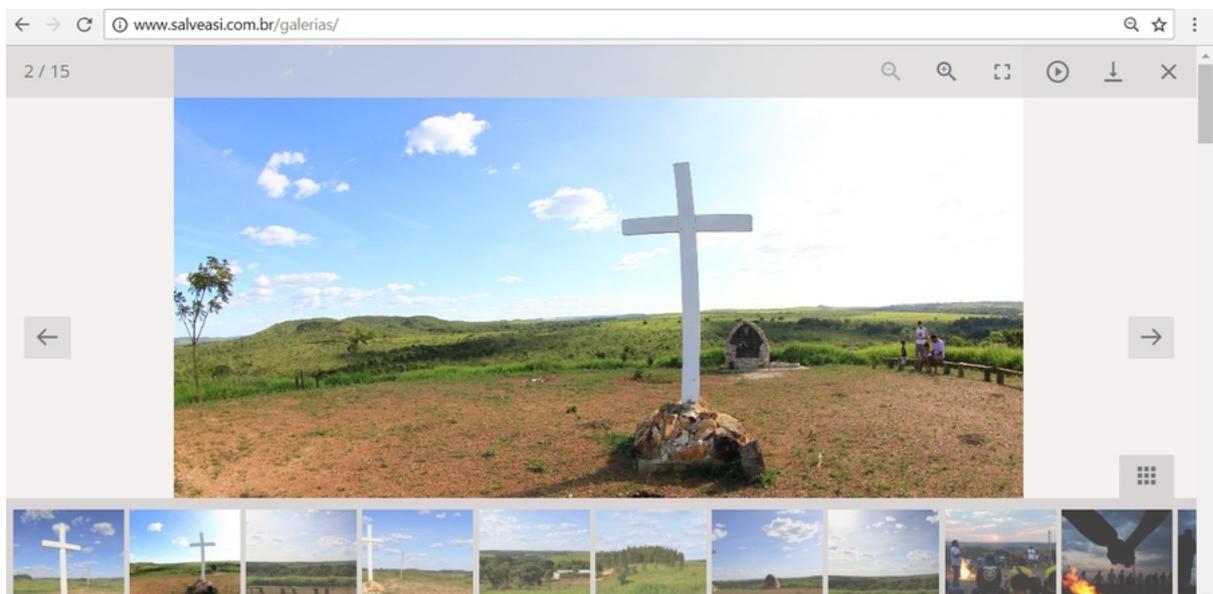
MOTIVOS PARA RECAÍDAS

- ✓ O adicto encontra a família ausente / indiferente;
- ✓ Existe situação de conflito entre os familiares;
- ✓ Os familiares não participaram dos grupos de familiares;
- ✓ Não concluíram o tratamento;
- ✓ Pararam de trabalhar a si próprio;
- ✓ Falta de continuidade pós-tratamento;
- ✓ O adicto possui ressentimentos acumulados;
- ✓ O adicto secretamente estabeleceu um tempo para ficar sóbrio e depois voltar ao uso;
- ✓ O adicto nem a família possuem religiosidade;
- ✓ O adicto está com depressão;
- ✓ Necessidade de euforia da droga – lembrança só da sensação de prazer;
- ✓ Reativação da vontade- compulsão –vontade incontrolável de usar;
- ✓ Desejo secreto de experimentar outro tipo de droga imaginando que será diferente;
- ✓ Volta a se relacionar com amigos do tempo de adicção ativa;
- ✓ Não conseguir alcançar a socialização;
- ✓ Não participar de grupos de apoio;
- ✓ Adictos que descobrem estar infectados com o vírus HIV (AIDS);
- ✓ Morte de um membro da família (crise emocional);
- ✓ Adictos desonestos, que mentem e que praticam atos ilegais;
- ✓ Resolução de continuar a usar drogas;
- ✓ Adictos que possuem estilo de vida negativo, ilegal;
- ✓ Através de um simples drinque voltam a usar a droga ou vice e versa;
- ✓ Possui conflito sexual e não resolveu isto durante o processo do tratamento;
- ✓ Não participou de reuniões de família, se além de ser adicto tem um filho adicto;

Outro aspecto que vale ser frisado é o fato de algumas entidades serem coordenadas por pessoas, inclusive por pastores evangélicos, que apresentam motivação religiosa e/ou caritativa para a prestação do serviço de acolhimento residencial. Nota-se a atenção dispensada para a “cura da doença por meio da palavra de Deus” - utilizando um termo muito presente nos sites visitados - e da disciplina alcançada pela obediência às regras, o que inclui a contínua realização de atividades laborais, em outras palavras, trabalho forçado.

Em dois sites eram divulgadas fotos de ambientes externos dos estabelecimentos em que o viés religioso mostrava-se latente. Uma das fotos fazia parte de uma galeria intitulada Monte de Oração, outra imagem ilustrava a futura sede da entidade, respectivamente figuras 5 e 6.

Figura 5 – Área utilizada por uma comunidade terapêutica, o Monte de Oração.



Site da comunidade terapêutica Salve a Si

Figura 6 – Imagem publicada por uma comunidade terapêutica, indicando o local de instalações futuras.



Site da comunidade terapêutica Abba Pai

Uma associação filantrópica administradora de uma das comunidades terapêuticas assim descrevia as atividades realizadas: “[. . .] estão baseadas nos princípios do amor cristão e da caridade fraterna. Trabalhamos dentro dos princípios da doutrina cristã, sob os lemas “Lamentar os infortúnios é humano; minorá-los é Divino” e “fora da caridade não há salvação””¹⁸. Apesar dessa declaração, a comunidade terapêutica afirmava não impor crença religiosa. Inclusive, dentre as 11 entidades pesquisadas, foi a única a mencionar a laicidade na gestão do estabelecimento, assim como o respeito à cor/raça, à orientação sexual, política e religiosa.

As características confessionais identificadas propiciam a violação da liberdade religiosa, na medida em que a obrigatoriedade em aceitar o programa proposto, baseado nos preceitos da religião cristã, torna o ambiente hostil para pessoas internadas que professam outra fé.

Somado a isso, o juízo de valor, apoiado em dogmas religiosos, que culpabiliza o indivíduo pelo uso de psicoativos e que concebe o uso como uma doença, quando

¹⁸ Disponível em: <http://amaidf.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=46:amai&catid=58:principal>. Acesso em: 01/08/2018.

não como um pecado, além de desconsiderar o fenômeno como reflexo de questões multifatoriais, fortalece a estigmatização e a discriminação, respaldando práticas punitivistas e segregatórias.

Dessa forma, os elementos encontrados nas comunidades terapêuticas estão em desacordo com os objetivos da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, os quais apontam para a formulação de políticas capazes de desconstruir o senso comum de que as pessoas que fazem uso prejudicial de psicoativos são doentes que precisam de internação, prisão ou absolvição. Destoam também das normas da RAPS, rede da qual as comunidades terapêuticas fazem parte, mais especificamente da diretriz de combate a estigmas e preconceitos.

Assim como Ribeiro e Minayo (2015) asseveram, o ponto não é excluir a dimensão religiosa do tratamento, até porque a liberdade de crença deve ser respeitada. O ponto é que a dimensão religiosa não deve se confundir com o tratamento oferecido pelo Estado. A partir do momento que o Estado financia um tratamento confessional, ele deixa de ser laico e vai mais além, impossibilita ou dificulta o acesso de pessoas com credos diferente e com vivências repudiadas pela moral cristã.

O Estado financia, sem crítica, a ação de igrejas que impõem um credo religioso e um projeto terapêutico de base moral aos sujeitos, abrindo mão de uma política universal que beneficiaria o conjunto da população. Não se trata só de um erro, mas de uma fraqueza do poder público; é como se o Estado se apequenasse, desistisse de seu papel e do conhecimento técnico que seus profissionais detêm, a favor de um credo religioso e de um projeto terapêutico de base moral que colocam em jogo a laicidade constitucional da sociedade brasileira. (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 522)

Mesmo com todas as denúncias de conhecimento público apontando irregularidades, violências, maus tratos e violações de direitos, as comunidades terapêuticas não só permanecem incorporadas na RAPS, como têm garantido o aumento do financiamento público destinado a elas. A ampliação das comunidades terapêuticas contratadas corresponde às mudanças na Política Nacional de Saúde Mental publicadas em dezembro de 2017. Também é prevista a retomada de investimentos em hospitais psiquiátricos e em alas psiquiátricas de hospitais gerais, assim como o retorno do funcionamento de ambulatórios especializados. Essas novas proposições representam um retrocesso na medida em que priorizam a internação, a segregação, a medicalização, ou seja, os interesses do mercado. É primordial pontuar que essa resolução foi formulada “a portas fechadas, sem cumprir a tradição prevista na cultura da participação social, do controle social, a Constituição e as leis de regulamentação do SUS, que discutem as políticas de saúde e saúde mental.” O comitê que legitima o investimento em comunidades terapêuticas é composto pelos Ministérios da Saúde, da Justiça, do Trabalho e do Desenvolvimento Social. (BOLETIM. . . , 2018, p. 5)

Logo, apesar do desmonte da indústria da loucura figurar entre as várias conquistas da luta antimanicomial, a superação do modelo manicomial nunca aconteceu de fato e hoje em dia mostra sinais de retomada, com o incentivo nada sutil do Estado aos hospitais psiquiátricos e à disseminação das comunidades terapêuticas, em prejuízo do fortalecimento das estratégias da reforma psiquiátrica em curso.

A entrada das comunidades terapêuticas na rede de assistência à saúde mental e o progressivo incentivo financeiro advindo do orçamento público não acontece sem colocar em risco as diretrizes da RAPS, a lei de reforma psiquiátrica, a concepção de cuidado e atenção construídos a partir da luta antimanicomial, bem como o funcionamento dos próprios serviços substitutivos ao manicômio. A regulamentação e o financiamento mostram-se insuficientes para a eliminação de práticas retrógradas realizadas pelas comunidades terapêuticas, colaborando para que as históricas violações geradas pelo ambiente asilar se perpetuem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partiu-se da hipótese de que tem sido conferida às comunidades terapêuticas função de destaque no atendimento às demandas provenientes do uso de psicoativos, em detrimento da atenção integral à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, recomendada pelas políticas públicas, e, em razão disso, infere-se que a política de saúde mental vai de encontro com os princípios da reforma psiquiátrica. Entende-se também que existem limitações nas parcerias público-privadas, pois o objetivo das entidades particulares nunca será de buscar a universalidade do acesso nem um serviço garantidor de direitos da cidadania. Tendo como base a pesquisa documental, foi possível a elucidação do objeto de pesquisa e confirmação da hipótese levantada.

A ampliação do número de vagas financiadas pela Sejus/DF no período de 1 ano (60% a mais); o fato do Fundo Antidrogas do Distrito Federal ser utilizado exclusivamente para o incentivo financeiro às comunidades terapêuticas, além da constatação de recebimento de recursos públicos provenientes das esferas distrital e federal, apontam para a progressiva inserção das comunidades terapêuticas nas políticas públicas, disputando o fundo público que deixa de ser alocado para o fortalecimento e ampliação dos dispositivos pertencentes ao SUS, tais como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial.

Além disso, a restrição do acesso praticada pelas comunidades terapêuticas por meio da oferta ínfima de vagas para as mulheres, pela recusa a atender pessoas maiores de 60 anos, por aparentar incapacidade de receber pessoas com deficiência e por afastar quem professa uma religião diferente da cristã, ou nenhuma religião, denota a limitação de entidades privadas em oferecer um serviço que esteja em conformidade com as exigências de uma política pública.

A falta de profissionais mostra a incapacidade das comunidades terapêuticas de promover atendimento integral, o que está em desacordo com a lei 10.216/2001, a qual proíbe a internação em estabelecimentos com características asilares, ou seja, aquelas que não oferecem assistência integral à pessoa com transtorno mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros.

A pesquisa revelou também que uma quantidade expressiva de comunidades terapêuticas localizada no Distrito Federal funciona de forma irregular, sem o registro no Conen/DF, situação que atesta o desinteresse por parte das entidades em se comprometer com a prestação do serviço com o mínimo de segurança e qualidade, indica também a falta de mecanismos de fiscalização.

A internação em comunidades terapêuticas, com o conseqüente rompimento dos vínculos profissionais, sociais e familiares segue na contramão do preconizado pelas políticas de saúde mental, que priorizam a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Considerando que a garantia de direitos não é estanque, percebe-se o acirramento da disputa entre distintos modelos de atenção: um moral e de abstinência e outro de redução de danos e psicossocial, uma disputa que se disfarça em um caráter técnico e científico, mas na verdade é mercadológico, como atesta Amarante (2018). Dessa forma, evidencia-se a necessidade de cumprimento e de defesa dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Não podemos perder de vista o avanço em termos de cidadania que a reforma psiquiátrica e o movimento de luta antimanicomial proporcionou, apontando para uma sociedade mais inclusiva, em favor da ampliação das políticas sociais do Estado. (TENÓRIO, 2002)

Ademais, as mudanças decorrentes da nova política de saúde mental, materializadas pela Resolução nº 32 do Ministério da Saúde e posterior publicação, em 21 de dezembro de 2017, da portaria nº 3.588, rompem com a lógica de estruturação e de organização dos serviços de saúde mental e favorecem o retorno da lógica manicomial, na medida em que os hospitais psiquiátricos passam a compor a Rede de Atenção Psicossocial, há o aumento do incentivo financeiro às internações em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, há a previsão da manutenção do leito com a desinstitucionalização do paciente crônico, há a exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospitais gerais como condicionante para recebimento de recursos de custeio, além da ampliação do fomento às comunidades terapêuticas..

Enquanto as comunidades terapêuticas existirem no âmbito das políticas públicas, é de fundamental importância que sejam criados mecanismos que dêem transparência aos recursos recebidos e executados pelas unidades em atendimento aos usuários. Os serviços oferecidos pelas unidades são compatíveis com os valores repassados pelo Estado? Essa perspectiva pode ser explorada por pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Nota técnica nº 1/2011 - Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011*. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+n%C2%BA+01+de+2011/fe65a47c-ae23-4cd6-a9be-bef63d0d30f9>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Nota técnica nº 055/2013 - Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins*. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n%C2%BA+055+de+2013/8e05482c-45ba-4f02-a84e-eb065184c601>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309 – 2319, Novembro 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>>. Acesso em: 21 maio 2018.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. Mesa 1 - A Política de Saúde Mental no Brasil, avanços e retrocessos. In: Seminário Nacional O Trabalho do/a Assistente Social na Política sobre Drogas e Saúde Mental. 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?time_continue=3977&v=VR7y2fB17Eg>. Acesso em: 29 maio 2018.

BOLETIM: Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017). Ano 4. n. 15, Janeiro/Fevereiro 2018. Disponível em: <<https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>>. Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018. Janeiro 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, Ministério da Saúde, Brasília. 2ª. ed., p. 1 – 64, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta

Portaria. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 29 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União*, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 jun. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 15 jun. 18.

CFP; MNPCT; PFDC/MPF. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Brasília, 2018.

Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, 2011.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50 – 65, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/173/201>>. Acesso em: 28 set. 2018.

GOULART, M. S. B. Comunidades Terapêuticas: conceito e prática de uma experiência dos anos sessenta. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 53 – 69, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1476/1374>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

GUIMARÃES, A. N. et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 274 – 282, Junho 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2018.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. *Nota Técnica nº 21: Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. [S.l.], 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

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. 2006. 151 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) — Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-6Y7K78/ana_regina_machado.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 abr. 2018.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801 – 821, 09 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=pt&pid=S0104-59702007000300007>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

PAIM, J. S. Introdução. In: _____. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 25 – 34.

Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas. *Considerações técnicas da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas acerca da Resolução 01 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas, de 2015*. [S.l.], 2018. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/publicacao/nota-tecnica-sobre-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 01 out. 2018.

RELATÓRIO Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Brasília, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. de S. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ. *Interface (Botucatu)*, v. 19, n. 54, p. 515 – 526, Setembro 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300515&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2018.

RICHARDSON, R. Epistemologia do trabalho científico. In: _____. *Pesquisa Social. Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 32 – 54.

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E CIDADANIA DO DISTRITO FEDERAL. *Conselho de Políticas sobre Drogas (Conen-DF)*. 2017. Disponível em: <<http://www.sejus.df.gov.br/conselho-de-politicas-sobre-drogas-conen-df/>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

TEIXEIRA, M. B. et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455 – 1466, Maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501455&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 maio 2018.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25 – 59, Abril 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=pt&pid=S0104-59702002000100003>>. Acesso em: 02 out. 2018.

VASCONCELOS, E. M. Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: _____. *Abordagens Psicossociais - Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares*. [S.l.]: HUCITEC, 2008. v. 2, cap. 1, p. 27 – 55.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2006. 208 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2018.

Anexos

ANEXO A - ENTIDADES COM REGISTRO NO CONSELHO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS/DF

INSTITUTO BOM SAMARITANO- MANAAIM

Endereço: QNC 5/6 Área Especial número 18, Taguatinga Norte /DF

Acolhimento: Quadra 71 Lotes 1 e 2, Bairro Pérola II, Águas Lindas-GO

Presidente: Carlos José Pereira do Amorim

Telefone: 9965-0399 / 9606-0759 / 9639-2938

E-mail: ibsmaanaim@gmail.com

DESPERTAI

Endereço: Quadra 10, casa 08, Setor Tradicional, Brazlândia/DF

Telefone: (61) 99655-8111/ 99854-2263/ 99825-7379

Presidente: Dervasio Rodrigues Gomes

E-mail: ctdespertai@hotmail.com

MATA - MEIO AMBIENTE E TRATAMENTO DAS ADICÇÕES

Endereço: DF 140, Rodovia Diogo Machado, Km 08, Chácara MATA nº 1 e 2, Setor Habitacional Tororó/DF

Telefone: (61) 8421-3183 / 4102-7476 / 8242-1513

Presidente: César

E-mail: cesartaley@hotmail.com / idictomata@gmail.com / adictomata@gmail.com

AMAI - CASA DO SOL AZUL

Endereço: Quadra 206 Lote 02 – Santa Maria – DF

Acolhimento: Chácara 76, 77, 93 e 94 Condomínio Prive Paulo – Distrito de Monte Alto – Padre Bernardo – GO

Telefone: (61) 8184-0606 / 9972-4683

Presidente: Ana Dóris da Silva

E-mail: amaicasaazul@yahoo.com.br

MAR VERMELHO

Endereço: Quadra 45A Conjunto D, Chácara 02, Chácara Daniela –Morro do Sansão– Sobradinho II/DF

Presidente: Darley César De Jesus Cantilo

Telefone: (61) 9211-2692/ 3485-3912 / 8579-1227 / 9321-2472

E-mail: darleyazulim@hotmail.com

DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA

Endereço: Comunidade Terapêutica Rancho da Paz, chácara n. 13, Núcleo Rural Taquara – Planaltina/DF

Escritório: SCLN 407- bloco D – loja 60

Acolhimento: Chac 13, Núcleo Rural Taquara, Planaltina-DF.

Telefone: (61)3273-0455 / 3274-0399

Presidente: Pr. Galdino Moreira Filho

E-mail: desafiojovembsb@hotmail.com

MISSÃO VIDA EM ABUNDÂNCIA

Endereço: QE 28 Conj. D Casa 09- Guará II, CEP: 71020042

Telefone: (61) 3381-7404/ 8129-0454 / 8522-1891 / 8521-1891 / 8159-2022

Presidente: Marlene Henrique Santana Silva

E-mail: missaovidaemabundancia@gmail.com

CASA DE RECUPERAÇÃO MULHERES DE DEUS

Endereço: EQNM 05/07, Área Especial – Ceilândia Sul/DF

Telefone: (61)3372-2271 / 8463-9517

Presidente: Maria Lúcia Barbosa Pereira

E-mail: mulheresedeus@uol.com.br

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVO TEMPO

Endereço: Núcleo Rural Vargem da Benção, Ch. 20 (BR 060, km 02, próximo ao restaurante comunitário da Samambaia).

Presidente: Olimpio Oliveira de Souza

Telefone: (61) 4104-1334 / 8408-7750 / 8190-5555

E-mail: olimpiosouza@gmail.com/jeanetejardins@gmail.com

ONG ARCANJO MIGUEL

Endereço: Rua Deputado Jesus Meireles, Lote 01/02, Mansão Recanto, Parque Estrela Dalva VII, Luziânia–GO

Presidente: Juçara Maria Cardoso de Oliveira

Telefones: 61-9340-4317 /61-9675-5152/61-83236770/ 61 - 84652779

E-mail: cts.miguelarcanjo@gmail.com

ABBA PAI - CASA DE RECUPERAÇÃO E REINTEGRAÇÃO

Endereço: Sede: CNR 01, Conjunto 01, Núcleo Rural Monjolinho, Ceilândia-Norte-DF;
Acolhimento: DF

180 CRN 01, Núcleo Rural Monjolinho Chácara 04, Ceilândia/DF

Telefone: (61) 8102 – 0237 /9802-7690

E-mail: casa.recuperacao.abbapai@hotmail.com/fgcdgoes@hotmail.com

RENOVANDO A VIDA (RAV)

Endereço: Núcleo Rural Alexandre Gusmão, Gleba 3, Lote 369, Chácara 03 e 04 – Ceilândia/DF

Telefone: 61 3375-5578 – 3375-6381 – 8442-3416 – 8421-4699 – 8430-4699

Presidente: Marcello Loureiro Rodrigues

E-mail: institutorav@gmail.com

Site: <http://www.renovandoavida.com.br/>

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRESCER

Endereço: Rua 10, Chácara 118, Casa 18 Vicente Pires–DF

Telefone: (61) 3547-3198

Presidente: Carolina Nogueira Dutra

E-mail: institutocrescer2011@hotmail.com

CAVERNA DE ADULÃO

Endereço: Sede: Núcleo Rural Córrego do Atoleiro, Chácara 11ª – Planaltina-DF,
Acolhimento: Núcleo Rural Córrego do Atoleiro, Chácara 11ª , Planaltina/DF

Presidente: Lúcio Mendonça de Oliveira

Telefone: (61)8467-1040 / (61)8495-2168

E-mail: lucio.cavernadeadulao@hotmail.com / lucienemcm@gmail.com

ONG - SALVE A SI

Endereço: Fazenda Lages, Estrada do Córrego Lages, Sítio Gleba N. 09 – Cidade Ocidental/GO

Telefone: (61)9997-5010 / 7815-9673 (Henrique)

Presidente: Elisabeth Cascão França

E-mail: info@salveasi.com.br

CENTRO DE INTEGRAÇÃO

Endereço: Chácara saia velha, Qd 06, lote 2/17, cidade Ocidental/ GO

Telefone: (61) 8606 2106 / 9234-4828 / 9957-1550 / 8101-2368

Presidente: Gregório Eugênio F. Andrade

E-mail: ctcentrodeintegracao@gmail.com / elioadicto@gmail.com

PROJETO CRIAÇÃO DE DEUS

Endereço: Colônia Agrícola Águas Claras, Chácara 22, lote 01, Guará Parque/DF

Telefone: (61) 3381-0062 / 8406-3847

Presidente: Valmir da Silva Leite E-mail: criacaodedeus@hotmail.com

EL SHADAI

Endereço: QNO 04 conjunto “L” casa 36, Setor “O”, Ceilândia Norte-DF

Acolhimento: Área rural Boa Esperança, Chacara Bela Vista, nº 180, Lt 10, Ceilândia/DF

Telefone: (61) 3374-1086 / 8635-4811 / 8594-9456/ 9986-4821

Presidente: Manoel Canuto de Anchieta Filho

E-mail: comunidadeaterapeuticaelshadai@hotmail.com

O FILHO PRODIGO

Endereço: Horta Comunitária, QD 147, Rua F, Lote 04 Barro Vivo, Planaltina-DF

Telefone: (61) 8485-3106 / 9326-7614/ 8234-3364

Presidente: Wardelar Francisco Muniz

E-mail: filhoprodigodf@hotmail.com

INTEGRAR – CENTRO BRASILEIRO DE INTEGRAÇÃO E PROMOÇÃO SOCIAL

Endereço: EQ 31/33 Lote 05 Sala 510 Ed. Consei – Guará II Brasília-DF

Telefone: (61) 3567-7340 /8336-4922 61/ 8118-0564

Presidente: Eunice Correia Araújo

E-mail: cbrasileirointegrar@gmail.com

SERVOS – SOCIEDADE DE EMPENHO NA RECUPERAÇÃO DE VIDAS ATRAVÉS DA ORAÇÃO E SERVIÇOS – FAZENDA DO SENHOR JESUS

Endereço: SRTVN Quadra 701 Bloco B Sala 727 – Brasília-DF

Acolhimento Masculino: CAUB/APA 01 – Chácara 28, Recanto das Emas DF

Acolhimento Feminino: BR 070 – Km 14 INCRA 07 – Núcleo Rural Alexandre Gusmão, Ceilândia

Telefone: (61) 3328-4006 / 8435-7753

Presidente: Manuel Alves Cílios

E-mail: servos2006@gmail.com

GRUPO FORÇA PARA VENCER

Endereço: QNM 28 mod A/B Ceilândia/DF

Acolhimento: Quadra 11 “A”, lote 37/40, Setor IV, Aguas Lindas 2 – GO

Telefone: (61) 3581-8089 / 9615-4705

Presidente: Pr Sérgio Luiz de Oliveira

E-mail: gfpv2008@hotmail.com / gfpv2009@hotmail.com

Fonte: <http://www.sejus.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/12/Rela%C3%A7%C3%A3o-de-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>

ANEXO B - ENTIDADES COM REGISTRO NO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Figura 7 – Comunidades terapêuticas cadastradas no Ministério da Justiça

Nome da instituição/unidade	Tipo de Logradouro	Nome do Logradouro	Número no Logradouro	Complemento	Bairro	Município	Público atendido pela instituição	A instituição atende algum outro público específico ?	Qual?
Projeto Coração de Deus	Chácara	Águas Claras	22	Chácara 22, Lote 01	Guará	Distrito Federal	Adultos	Não	
Sociedade de Empenho na Recuperação de vidas através da Oração e Serviços - SERVOS	Rua	SRTVN	701	Boloco A	Asa Norte	Distrito Federal	Adultos	Não	
Instituto Bom Samaritano Manaaim	Rua	QNC	516	AE 18	Taguatinga Norte	Distrito Federal	Adultos	Não	
Instituto Bom Samaritano Manaaim	Rua	71	71	Lotes 01 e 02	Pérola	Distrito Federal	Adultos	Não	
Desafio Jovem de Brasília	Rua	SCLN	407	Bloco d Loja 60	Bago Norte	Distrito Federal	Adultos	Não	
Casa de Recuperação Ressuscita em Cristo	Rua	Ponte Alta deabaixo	180	Chacará 18	Chacará 18	Distrito Federal	Adultos	Não	
Centro de Recuperação Filho Pródigo (Filho Pródigo)	Rua	F	147	lote 04	Buriti 04	Distrito Federal	Adultos	Sim	Homossexuais e familiares
Contemiga (Comunidade Terapêutica Ministério Internacional Graça Abundantemente)	Chácara	Estrada da Radio Braz	49	Chacará 49	Brazilândia	Distrito Federal	Adultos	Sim	Deficientes
Recanto da Conquista (PósTaurando Vida)	Sítio	Recanto da Conquista	S/N	Município Gama	Região Administrativa	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Não	
Comunidade Terapêutica Esperança	Rua	3	10	Casa Colônia Agrícola	Samambaia	Distrito Federal	Adultos	Não	
Associação Evangélica Missão Resgate	Rua	Núcleo Rural Corregê do Arrozal	19	Chacará	Corregê do Arrozal	Distrito Federal	Adultos	Sim	Homossexuais e familiares
Centro Tepêutico Viva (Clínica Viva)	Rua	Setor de Grandes Áreas Sul (SGAS)	910 Sul , Bloco E	Edifício	Asa Sul	Distrito Federal	Adolescentes - Adultos - Idosos	Sim	Homossexual e deficientes
Comunidade Terapêutica Desperta	Chácara	Shagra Shangriá	Br 280/ Km 6		Núcleo Rural Sambai	Distrito Federal	Adultos	Sim	Homossexual e deficientes
Instituto Feminino de Recuperação de Dependentes Heloin (Instituto Feminino Aeloin)	Chácara	Ponto Alta	137		Ponte Alta	Distrito Federal	Crianças - Adultos	Não	
Comunidade Terapêutica Sara Nossa Terra (Casa de Recuperação SNT)	Fazenda	Chácara Olho D	Gleba 2		Brasiliândia	Distrito Federal	Adultos	Não	
Casa de Recuperação Apóstolo Pai	Quadra	Qnm 5 ,Conj O	Lote 15,17		Celândia Sul	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Sim	Homossexuais
Instituição Manasses	Quadra	Qna 21	Lt 01		Taguatinga Norte	Distrito Federal	Adultos	Não	
Grupo Guerreiros de Cristo	Quadra	Qnm 29- Modelo A	29		Celândia Sul	Distrito Federal	Adultos	Não	
Centro de Reintegração Deus Proverá	Chácara	Chácara Qe 28, conjunto D	1		Pianaltina de Brasília	Distrito Federal	Adultos	Não	
Missão Vida em Abundância MVA	Quadra	Núcleo Rural Boqueirão	s/n		Guará 2	Distrito Federal	Adultos	Sim	Mãe e filho bebê
Associação dos Centros de Pesquisa Prevenção e Tratamento ao Uso Indevido de Drogas e Alcool do Distrito Federal (ACAT)	Chácara	Parque das Aves	Lote 08, Galp 03		Paranoá	Distrito Federal	Adultos	Não	
Associação dos Centros de Pesquisa Prevenção e Tratamento ao Uso Indevido de Drogas e Alcool do Distrito Federal (ACAT)	Praça	Quebrada dos Guimarães	22		Piano Piloto	Distrito Federal	Adultos	Não	
IDHUM - Instituto de desenvolvimento humano	Quadra	Ponte Alta Norte Setor Oeste	S/N		Paranoá	Distrito Federal	Adolescentes - Adultos	Sim	Família
Casa de Recuperação Jesus o Pão da Vida	Chácara	Qnm 28, módulo AB	28		Ponte Alta	Distrito Federal	Adultos	Sim	homossexual
Grupo Força para Vencer	Quadra	Alexandre Gusmão	Gleba 3, Lote 369	Entrando no Posto Campeão - Br 070	Celândia - Norte	Distrito Federal	Adultos	Não	
RAV (Renovando a Vida)	Chácara	Módulo k, Chácara 3	3	casa	Estância 2, Planaltina	Distrito Federal	Adolescentes - Adultos - Idosos	Sim	Homossexual
Centro de Recuperação Salomão	Estrada	Eqnm	5/7	Área Especial	Celândia Sul	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Não	
Casa de Recuperação das Mulheres de Deus - CRMD	Entrequadra	das Violetas	6	DVO	Gama	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Sim	Morador de rua
Casa de Recuperação Nova Esperança	Rua	Morro da Capelinha	1	CASA	Pianaltina	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Não	
Centro de Recuperação Leão de Judá	Chácara	Centro Empresarial Norte	701	sala 716	Asa Norte	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Sim	Homossexual, deficientes
Instituto Crescer (Casa de Recuperação e Reintegração de Dependentes Químicos)	Rua	Dez SETOR DE HORTA COMUNITÁRIA ,LOTE 4, RUA F	Chácara 118	Lote 18 - Em frente à Contúdo	Setor Habitacional Vicente Pires	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Sim	Homossexuais, HIV
CENTRO DE RECUPERAÇÃO FILHO PRÓDIGO	Quadra	4	CASA		PLANALTINA	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Não	
Obra social Nossa Senhora da Glória Fazenda da Esperança Santa Bakita	Rodovia	DF 001	s/n	Setor Ingra 7 - Chacara 3/336 E	Centro	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Não	
ONG Resgate - Projeto Plena Vida	Rodovia	BR-251	s/n	km 25/23	São Sebastião	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Não	
ONG Resgate - Projeto Plena Vida	Quadra	102	Casa 08	1º andar	São Sebastião	Distrito Federal	Adultos	Não	
Casa de Recuperação Força e Vida	Chácara	Olho Dágua	Gleba 2		Núcleo Rural Alex Gusmão	Brazilândia	Adultos - Idosos	Não	
CEAMI - Reabilitação para a Vida	Rodovia	DF-190	s/n	km 12	Samambaia	Distrito Federal	Adultos - Idosos	Não	
Centro de Recuperação Leão de Judá	Setor	SCLRN	703	Bloco H - Loja 08	Asa Norte	Distrito Federal	Adultos	Não	
Mata - Meio Ambiente e Tratamento das Adições	Rodovia	DF-140	s/n	Km 08 - Rodovia Diogo Machado	São Sebastião	Distrito Federal	Adolescentes - Adultos - Idosos	Sim	Famílias, homossexuais

Banco de dados abertos do Ministério da Justiça. Disponível em: <<http://dados.mj.gov.br/dataset/comunidades-terapeuticas-privado>>