

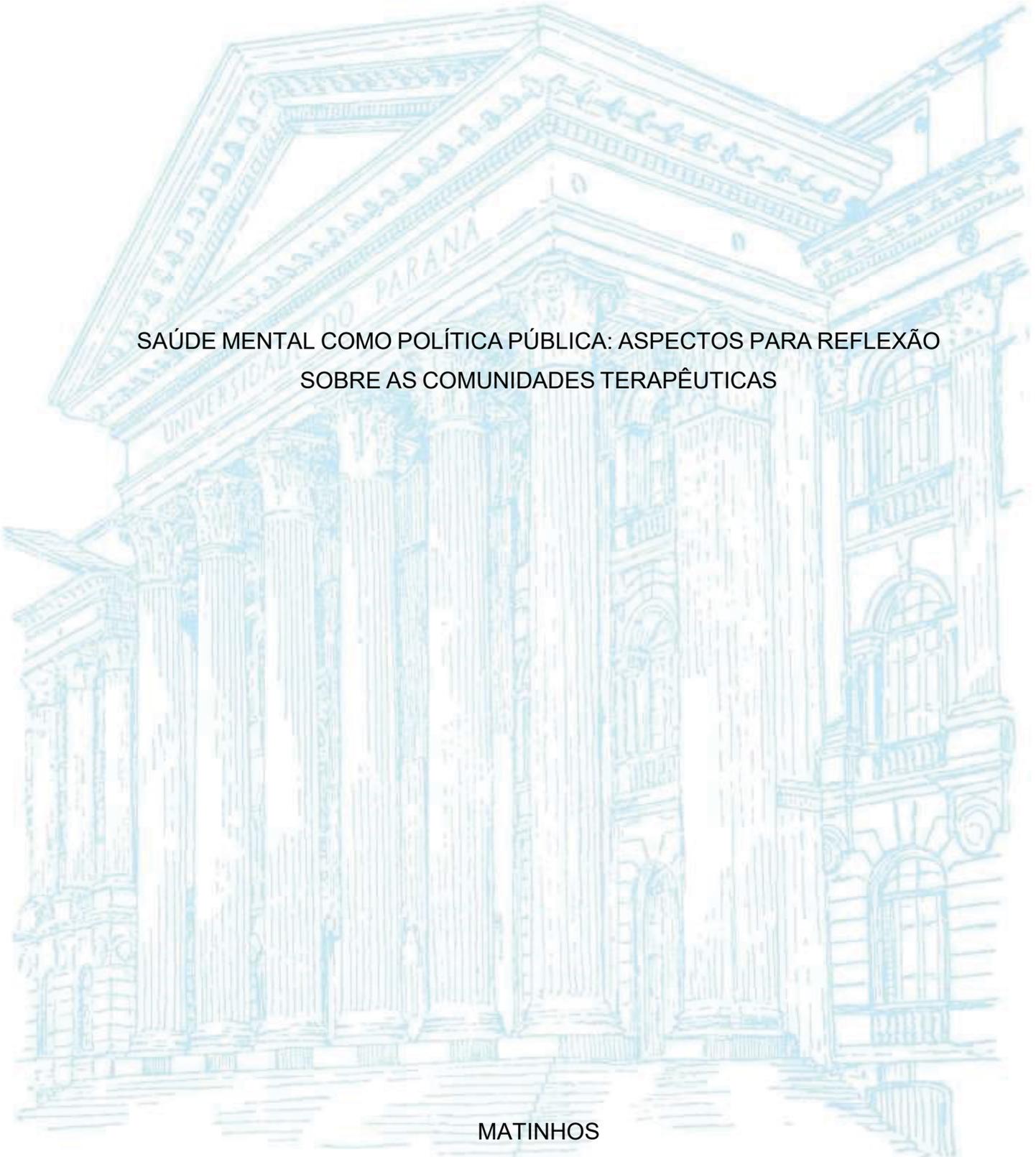
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAÍSA ALVES NASCIMENTO

SAÚDE MENTAL COMO POLÍTICA PÚBLICA: ASPECTOS PARA REFLEXÃO  
SOBRE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

MATINHOS

2022



RAÍSA ALVES NASCIMENTO

SAÚDE MENTAL COMO POLÍTICA PÚBLICA: ASPECTOS PARA REFLEXÃO  
SOBRE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar, Setor Litoral, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Harder

MATINHOS

2022

# TERMO DE APROVAÇÃO

RAÍSA ALVES NASCIMENTO

## SAÚDE MENTAL COMO POLÍTICA PÚBLICA: ASPECTOS PARA REFLEXÃO SOBRE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação em Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar, Setor Litoral, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar.

---

Prof. Dr. Eduardo Harder

Orientador – Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral

---

Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno

Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral

---

Prof. Dr. Robson de Oliveira

Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral

Matinhos, 06 de maio de 2022

## **RESUMO**

O presente estudo procurou analisar e sistematizar as opções de acompanhamento e tratamento para pessoas que fazem uso abusivo de drogas e outras substâncias psicoativas. O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da rede de atenção psicossocial, oferece o acompanhamento via Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entretanto, na região do litoral do Paraná, os referenciais de habitantes e possibilidades de ampliação destes centros não são contemplados. A dificuldade de acesso ao tratamento recorrente favorece e incentiva ampliações e novas comunidades terapêuticas, que, dentre suas problemáticas, têm pouco ou quase nulo controle social, não preconizam atuação profissional de trabalhador de saúde e, com característica ascendente, violações de direitos humanos. A laborterapia, distorcida da sua intenção inicial, tem favorecido situações de trabalho escravo e mão de obra barata de um grupo que é responsabilizado por seu tratamento. Salienta-se também a gestão nacional atual, que tem garantido ampliação de financiamento e repasses financeiros às comunidades terapêuticas com características político partidárias.

Palavras-Chaves: saúde mental; CAPS; políticas públicas; comunidades terapêuticas.

## **ABSTRACT**

The research sought to analyze and systematize health monitoring options for people who abuse drugs and other psychoactive substances. The "Sistema Único de Saúde" (SUS), through the psychosocial care network, offers follow-up via the "Centro de Atenção Psicossocial" (CAPS). But in the coastal region of Paraná, the population references and possibilities of expansion of these centers are not contemplated. Difficulty in accessing recurrent treatment favors and encourages expansion and new therapeutic communities. Among their problems, they have little social control, do not advocate the professional performance of health workers and, with reports of human rights violations. Labor therapy, distorted from its initial intention, has favored situations of precarious work. Also noteworthy is the current national management, which has ensured expansion of funding and financial transfers to therapeutic communities with political characteristics

Key words: mental health; CAPS; public policy; therapeutic community

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....</b>	<b>08</b>
<b>3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, UMA APROXIMAÇÃO TEMÁTICA.....</b>	<b>15</b>
3.1 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ACOLHEDORAS.....	20
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos é cada vez mais frequente encontrarmos no Brasil referências sobre as denominadas “comunidades terapêuticas” na mídia e meios de comunicação, redes sociais, debates e proposições parlamentares e no campo das políticas públicas e ordenamento jurídico. Mas afinal, como compreender as comunidades terapêuticas e quais são as suas relações com as ações no campo da saúde mental? Em sentido complementar, quais são as relações dessas instituições com a questão social nos dias atuais?

No intuito de lançar luzes sobre essas questões, o presente ensaio visa a contribuir com os estudos e pesquisas sobre os processos de institucionalização privada no campo da saúde mental e suas interfaces com a questão social. Trata-se de um panorama geral sobre a temática, preparatório para investigações de maior envergadura e que, ao mesmo tempo, permita uma hermenêutica de aproximação face a complexidade da temática e exiguidade de estudos prévios. Cabe destacar que o tema sofreu importantes alterações legislativas recentes, no campo da segurança pública, as quais serão apresentadas ao longo do trabalho.

A autora é profissional e pesquisadora na área do Serviço Social e que vem se dedicando a compreender os processos de institucionalização contemporâneos no sistema prisional (graduação) e na saúde mental (pós-graduação). O exercício profissional cotidiano na região litorânea do estado do Paraná permitiu constatar a existência de diversas comunidades terapêuticas, com interfaces perceptíveis no campo das políticas públicas. As comunidades terapêuticas constituem um fenômeno social recente, voltado, principalmente, a segmentos da população que não encontram uma prestação de serviços públicos no campo da saúde mental de forma regular e adequada e possuem vínculos com organizações de natureza religiosa.

Sob o ponto de vista metodológico, o estudo busca apresentar os contornos gerais sobre a temática, com opção pelo caráter ensaístico na confecção do texto, consolidando apontamentos, registros e sínteses oriundas de levantamento bibliográfico, pesquisa normativa e possíveis correlações com intérpretes reconhecidos na área. Portanto, os parágrafos a seguir revelam um ensaio que se propõe a não perder de vista os processos de investigação e construção do conhecimento, sem deixar de lado a objetividade na análise deste complexo fenômeno social.

Cumpra registrar que a referida complexidade ocorre, sobretudo, pelo caráter hermético e de difícil acesso às rotinas internas das comunidades terapêuticas. A quantidade reduzida de norma jurídica específica para essas instituições, que contemple a regulamentação de suas atividades e que estabeleça princípios orientadores, diretrizes, requisitos de funcionamento, etc. constitui um espelho fiel dos limites e condicionantes encontrados durante o processo de pesquisa.

É preciso acrescentar, antes de ingressar na análise propriamente dita, que o cronograma de trabalhos ao longo dos anos de 2020 e 2021 foi impactado pelas consequências da pandemia de Covid-19, a qual acarretou sensíveis limitações de ordem prática em respeito às regras sanitárias e de saúde pública. Não obstante, o texto que se apresenta a seguir é fruto do processo de reflexões em comum no âmbito das orientações e aulas do Programa de Pós-Graduação em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar da Universidade Federal do Paraná, Setor Litoral.

## 2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Vivenciamos as contradições de um Estado que legalmente se apresenta social a partir da Constituição de 1988 e que, teoricamente, assegura a atenção integral à saúde. O artigo 196 do texto constitucional, por exemplo, classifica a saúde como direito de todos e dever do estado, com redução de riscos e outros agravos. Em evento comemorativo aos 20 anos, (BRASIL, 2008) o Conselho Nacional de Saúde classifica o sistema como uma conquista, promotor de justiça social:

O SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos. Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde. Ao longo desses 20 anos de existência, o SUS avançou historicamente com medidas como a descentralização e a municipalização de ações e serviços, o fortalecimento da atenção básica; a ampliação de ações de prevenção a doenças; o investimento em pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico de equipamentos e insumos estratégicos, como vacinas e medicamentos; o desenvolvimento de sistemas de informação e de gestão para monitorar resultados; a ampliação no número de trabalhadores em saúde, e a maior participação e controle social por meio da atuação efetiva dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. (BRASIL, 2008, n/p).

Desde sua promulgação, o sistema é balizado por princípios norteadores, divididos em duas categorias: princípios doutrinários e princípios organizativos. Teoricamente, cada um deles serve como base para gestão e ações que culminam no atendimento à população, conforme apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) e exposto de forma sistematizadas no quadro a seguir:

<b>Princípio Doutrinário</b>	<b>Universalização:</b>	Saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais
<b>Princípio Doutrinário</b>	<b>Equidade</b>	O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
<b>Princípio Doutrinário</b>	<b>Integralidade</b>	Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

<b>Princípio Organizativo</b>	<b>Regionalização e Hierarquização</b>	Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
<b>Princípio Organizativo</b>	<b>Descentralização e Comando Único</b>	Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
<b>Princípio Organizativo</b>	<b>Participação Popular</b>	A sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

FONTE: Ministério da saúde, 2020.

A universalização, marco responsável pela ampliação a toda população brasileira, garante, teoricamente, que todas as pessoas sejam atendidas – superando a lógica anterior de atendimentos apenas às pessoas e familiares com carteira de trabalho com vínculo ativo. A equidade, possibilita ações diferentes para casos diferentes, e permite que ações sejam ampliadas a determinados grupos que necessitam mais, superando a noção de igualdade que contribuía e fazia a manutenção das desigualdades já existentes. Quanto a integralidade, último princípio doutrinário, criou a prerrogativa de atendimento integral ao indivíduo, com possibilidade de promoção a interlocução de políticas e atendimento integral às demandas individuais.

A outra metade dos princípios do sistema único, os organizativos, endossam as ações e organizações do sistema. A descentralização foi e é vantajosa em vários aspectos, como pontuava a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em 2000, documentado na cartilha “SUS: Princípios e Conquistas”:

Em seu bojo não está somente a descentralização das ações de saúde, consoantes aos princípios do federalismo, e a hierarquização do SUS. Figura também a participação social no processo de definição de prioridades, de adequação do modelo assistencial a realidade do município e de fiscalização da correta aplicação dos recursos destinados à saúde. O emprego desta forma de descentralização melhora a utilização dos recursos, permite identificar com mais precisão as necessidades de cada comunidade, reduz o desperdício, inibe a fraude e aproxima os cidadãos dos gestores responsáveis, aumentando o controle social. (BRASIL, 2000, p.14 )

Entretanto, embora seja benéfica para vários aspectos da organização do sistema, acaba enfraquecendo municípios de pequeno e médio porte, em enfrentamentos a situações de média e alta complexidade, inclusive na questão da saúde mental e suas nuances.

Como decorrência da heterogeneidade do Brasil, a mudança na alocação de recursos advinda da implementação da descentralização não tem sido suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde. Nesse processo, os municípios se vêem diante da tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente e com oferta insuficiente de serviços na média complexidade (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016, p. 7 ).

Estratégia que poderia funcionar em nossa região é a que alguns municípios adotaram para minimizar essa tendência: organização de consórcios intermunicipais, conforme indicam as autoras:

A interação entre os níveis assistenciais e os municípios de diversos portes foi feita por meio da organização de Consórcios Intermunicipais de Saúde de forma regionalizada, com a participação e a interação entre os municípios de menor porte com os de médio ou grande porte. Esta proposta do Consórcio Intermunicipal foi vista como um importante passo para a garantia do acesso a outros serviços e de interação entre os municípios e os serviços que são prestados por eles, pois pode permitir a articulação entre os diferentes níveis de atenção, possibilitando a formulação de ações integrais em saúde por meio da regionalização. (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016, p 8 ).

Não obstante, embora as vantagens pareçam claras quanto a união de municípios vizinhos, existem desafios quanto a gestão, e conseqüentemente, e serviço prestado à população. Por fim, a participação popular é o dispositivo que pode garantir que situações como a de consórcios intermunicipais sejam efetivos, que usuário final seja ouvido e que as especificidades de cada região sejam respeitadas.

Ao estabelecer como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação comunitária, a Constituição Federal de 1988 apontou para a relevância da inserção da população brasileira na formulação de políticas públicas em defesa do direito à saúde. Além disso, atribuiu importância a

instâncias populares na fiscalização e controle das ações do Estado, considerando as especificidades de cada região brasileira. A participação social é também denominada “participação comunitária” no contexto da saúde, sendo estabelecida e regulada pela Lei nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde. Busca-se, desta maneira, que atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país participem, com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde. <https://pensesus.fiocruz.br/participacao-social>

Cada um desses princípios contribui e contribuiu para fortalecer e atender a população na totalidade das necessidades de saúde que se apresentam. Embora o crescimento do SUS nas últimas décadas seja perceptível, ainda existem lacunas que precisam ser preenchidas para alcançarmos o atendimento total aos indivíduos.

Quanto a organização prática do SUS, os serviços atualmente estão divididos em atenção primária à saúde, atenção secundária e alta complexidade. O caderno Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), de 2007, apresenta elementos para esclarecer a divisão do sistema, citadas a seguir:

**Atenção Primária à Saúde (APS)** é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF. (CONASS, 2007, N1P.)

E no tocante à Atenção Secundária, verifica-se que:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (CONASS, 2007, N1P).

Ainda no mesmo documento, a atenção secundária é classificada com os procedimentos:

Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia. (CONASS, 2007, p.17).

E, por fim, os de alta complexidade:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são a assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica (CONASS, 2007, p 18).

É necessário notar que os serviços de saúde mental não foram incluídos nesta tipificação. Em entrevista, por ocasião do mês comemorativo ao setembro amarelo de 2021, o Ministério da Saúde publicou matéria esclarecendo a atual abordagem, a partir da atenção primária à saúde, que funciona como porta de entrada para todas as patologias atendidas no SUS. Quanto ao enfrentamento aos transtornos mentais, a lógica permanece a mesma, com o primeiro atendimento sendo realizado na unidade básica de saúde:

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, em vários níveis de atenção, atendimento multiprofissional às pessoas com transtorno mentais ou em sofrimento psíquico. Quem precisa de ajuda e não sabe por onde começar pode ir direto até uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde será realizado o acolhimento e uma avaliação inicial, para direcionar o tratamento e, dependendo das necessidades de atendimento, encaminhamento para os demais pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), a porta de entrada do SUS, têm papel fundamental na identificação precoce das pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais ou com problemas em decorrência do uso de drogas e, ainda, aquelas com risco ao suicídio. (...) (BRASIL 2021, n/p)

Além das Unidades Básicas de Saúde, os centros de atenção psicossocial, CAPS, também fazem parte da rede de atenção.

A porta de entrada e acompanhamento também pode acontecer por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja equipe multiprofissional especializada é composta por enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, artesãos, entre outros. No CAPS, é possível começar um tratamento ou dar seguimento ao cuidado iniciado na atenção primária. (BRASIL, 2002)

Esses centros possuem algumas modalidades diferentes, entre elas as que atualmente estão especificadas no site no Ministério da Saúde:

CAPS I	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
CAPS II	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS i	CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS ad Álcool e Drogas	Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS III	Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
CAPS ad III Álcool e Drogas:	Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Fonte: Brasil, 2022.

No Litoral do Paraná, região em que o programa de pós-graduação está inserido, Paranaguá é o único município com mais de 150 mil habitantes e,

teoricamente, dentro dos critérios de número de habitantes para disponibilizar todas as modalidades de CAPS, mas só dispõe apenas do modelo básico.

<b>Município</b>	<b>Habitantes</b>	<b>Serviço disponibilizado</b>
Antonina	18.980	CAPS I
Guaraqueçaba	7.636	Atenção Básica
Guaratuba	36.595	CAPS I
Matinhos	33.450	CAPS I
Morretes	16.366	Atenção Básica
Paranaguá	156.174	CAPS I
Pontal do Paraná	26.636	CAPS I

Pedro Gabriel Delgado, psiquiatra e professor da Universidade de São Paulo, nos alerta para a tendência acentuada no último mandato governamental federal:

As medidas tomadas pelo governo federal a partir de 2016, no governo Temer, e aprofundadas nos primeiros meses do governo Bolsonaro, e seu impacto em alguns indicadores da política de saúde mental, permitem afirmar que está em curso um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica. Com todas as marchas e contramarchas de um processo complexo, que envolve gestão pública, mobilização social e mudança cultural, a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980. É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás. (DELGADO, 2019, p 2)

A falta de financiamento assegura um serviço precarizado e cada dia mais desfalcado, o que abre cada vez mais espaço para serviços ofertados pela sociedade civil, a exemplo das comunidades terapêuticas ‘acolhedoras’, com várias questões éticas e de violações no cotidiano. O financiamento governamental para leitos nessas comunidades é outra característica que pode demonstrar falta de diálogo e ações descoordenadas para enfrentamentos da questão de maneira multidisciplinar, resultando até em ações antagônicas, com prejuízo ao usuário final e seus núcleos familiares.

### 3. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, UMA APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

As comunidades terapêuticas são institucionalizadas no Brasil, sobretudo, com o aumento do processo de organização e proposição de ações evangelizadoras de igrejas de diferentes matrizes evangélicas, católicas, espíritas e neopentecostais, como alternativa no tratamento para usuários abusivos de substâncias psicoativas, legais ou não, para acompanhamento com o enfoque na abstinência total. Embora as matrizes religiosas sejam amplas, algumas características são comuns, como o foco na **abstinência total**.

Geralmente vinculadas à sede das igrejas, a localização das comunidades terapêuticas ocorre, quase sempre, em áreas distantes dos centros urbanos, preferencialmente nas zonas rurais ou estradas de acesso às cidades. São chácaras ou sítios que comportam alojamentos, espaços para refeições, cultos religiosos e, eventualmente, esportes. Um elemento comum nas comunidades terapêuticas reside na laborterapia e, nesse sentido, a reserva de parcelas de suas áreas para o trabalho rural, artesanato, triagem de material reciclável, terceirização de processos industriais desde a montagem de peças, artefatos ou segmentos específicos das linhas de montagem.

O encaminhamento às comunidades terapêuticas ocorre, em regra, a partir da determinação de familiares e/ou responsáveis pela pessoa. Há registros de termos de cooperação com o poder público e encaminhamento de pessoas a partir de agentes públicos locais. Há registros, igualmente, de repasses orçamentários às comunidades terapêuticas por determinação dos poderes executivo e legislativo. Na página da internet do Tribunal de Contas do Paraná<sup>1</sup>, por exemplo, é possível encontrar diversos processos de prestação de contas relacionados a repasses financeiros a estas instituições privadas.

Muitas comunidades terapêuticas constituem uma pessoa jurídica regularmente registrada, nas modalidades de associações, empresas e fundações, portanto com personalidade jurídica diferenciada de seus gestores. Em outros casos, não há registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e tais comunidades terapêuticas assumem um caráter informal, vinculadas em geral à sede da igreja ou mesmo a pessoas físicas.

---

<sup>1</sup> Verificar em: <https://m.tce.pr.gov.br/>. Acesso em 13 de março de 2022.

As comunidades terapêuticas possuem um ente de representação nacional que é a Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)<sup>2</sup>, criada em 1990 e vinculada, por sua vez, a uma federação internacional de comunidades terapêuticas. Não obstante, se a legitimidade representativa abarca um grande conjunto de comunidades terapêuticas, é possível verificar que muitas não são representadas por nenhuma associação ou federação de caráter nacional ou mesmo regional. Sua vinculação de pertencimento parece ser estritamente local, relacionada às redes de pertencimento de determinado seguimento religioso ou político.

O estado do Paraná participa da direção nacional da FEBRACT representado pela Irmã Fabiane Maria Klein, da comunidade terapêutica Rosa Mística, de Ponta Grossa. As relações com o poder público são constantes e estão presentes no cotidiano dessas instituições. Os meios de comunicação da região dos Campos Gerais registram<sup>3</sup>, por exemplo, a transferência de um veículo automotor como recursos descentralizados do orçamento federal a partir da ação de deputado federal com base política local.

É interessante observar que essa mesma linhagem religiosa católica (Copiosa Redenção) também está presente no litoral do Paraná, na área rural do município de Matinhos, com uma comunidade terapêutica vinculada à Igreja Matriz de São Pedro, localizada no centro da *cidade*. Outras comunidades terapêuticas também estão presentes nos demais municípios da região, conforme registro realizado por Abelardo Alves Garcia Neto, em 2015, em seu trabalho final da graduação em Serviço Social. Sete anos se passaram e a situação legal das comunidades do litoral permanece a mesma, com baixa legalidade – apenas duas estão registradas como CTAs, e com alto viés religioso presente, estando todas as comunidades em funcionamento na região relacionadas a alguma denominação religiosa.

Quanto ao público alvo das comunidades terapêuticas, reside preponderantemente em pessoas com dependências químicas em álcool e drogas. As demais situações de transtorno na saúde mental são residuais e quase sempre negligenciadas. O tempo de permanência é variável, não há na literatura pesquisada um registro das rotinas ou procedimentos que resultariam na avaliação de alta dos usuários destes espaços. O processo de autonomia da vontade vinculado à existência

---

<sup>2</sup> Para maiores informações, vide: <https://febract.org.br/portal/>. Acesso em 17 de março de 2022.

<sup>3</sup> <https://www.blogdojohnny.com.br/postagens/aliel-entrega-veiculo-para-comunidade-terapeutica-rosa-mistica/> Acesso em 10 de março de 2022.

de pessoas jurídicas de direito privado parece ser involuntariamente acionado no repertório argumentativo dessas instituições. Em outras palavras, não há controle social sobre as deliberações internas das comunidades terapêuticas.

Por sinal, a ausência de controle social regulamentado sobre as comunidades terapêuticas parece ser reveladora do lugar que essas instituições ocupam na vida social contemporânea. Sua ascensão no cenário nacional no início da década de 1990 se sobrepõe, justamente, com o recrudescimento das políticas de enfraquecimento da esfera pública que advém com o ideário neoliberal nesse período. As sobreposições entre público e privado são comuns e se agudizam no Brasil e na América Latina como um todo. Em paralelo à busca de hegemonia desse ideário calcado no enfraquecimento dos elos do contrato social vinculado à efetivação dos direitos fundamentais, ocorre o paulatino crescimento e organização de religiões neopentecostais, consideráveis impulsionadoras das comunidades terapêuticas.

O Brasil vivia, nesse momento, uma dupla espiral constituidora de direitos no campo da saúde pública. De um lado, os esforços na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) previsto na Constituição Federal de 1988 é considerado uma verdadeira revolução nos sistemas de saúde pública. De outro lado, o processo de reforma psiquiátrica questionava sobretudo o modelo asilar presente nos ultrapassados manicômios e hospitais psiquiátricos herdados da matriz higienista do século XIX. Tal modelo buscava segregar as pessoas da vida social, em detrimento dos processos terapêuticos de cura, não raro com denúncias de violações dos direitos humanos.

A jornalista Daniela Arbex apresenta na obra *O Holocausto Brasileiro* (2013), estimativas de 60 mil mortos em oito décadas de funcionamento em um único manicômio, o de Barbacena, em Minas Gerais. Além da alta mortalidade, no livro também estão documentados detalhes e experiências desoladoras sobre aquele recorte temporal, apresentadas a partir dos relatos dos sobreviventes. Menos de meio século nos separaram de pavilhões em que pessoas nuas se agrupavam por conta do frio, dormiam e faziam necessidades fisiológicas em cima do feno, eram controlados com eletrochoques e a lobotomia era usada como tecnologia de ponta.

Após muita mobilização política e popular esses espaços foram fechados e novas estratégias foram adotadas. Entre as barbaridades catalogadas pela jornalista, passa-se quase despercebido o recorte financeiro que já existia, dentro do manicômio, entre os 'internos indigentes' e os 'internos pensionistas' (ARBEX, 2013, p. 41). Havia,

naquele espaço, diferenças entre os pavilhões, desde o mínimo, como camas que eram aproximadas para abrigar o maior número de pessoas e o que ficou jocosamente conhecido como leito-chão, disponível aos “indigentes” – pessoas que as famílias não custeavam o internamento.

Quatro décadas depois, os cuidados paliativos e tratamentos às diversas doenças e transtornos são desprendidos de acordo com o capital pessoal disponível, ainda – e talvez acentuado, na atualidade. Da década de 1980 até meados de 2020, foram conquistados diversos direitos e garantias voltados à população brasileira, mas, embora os avanços existam, ainda está distante um Estado humanitário para todos. Embora a lógica manicomial tenha sido desacreditada, as diferenças continuam implícitas no tratamento dispensados às pessoas que tem no Sistema Único de Saúde sua única oportunidade de acompanhamento: enquanto, quem pode custear é atendido pela rede privada, quem não pode precisa lidar com a sorte e atendimentos oferecidos nas redes municipais.

Os dados da rede suplementar privada de saúde apresentam estimativas que o número de brasileiros atendidos seja de 47,6 milhões, equivalente a 22% da população brasileira. Quanto ao lucro, os números giram em torno de 17,5 bilhões e apenas em 2020, o crescimento foi de 49.5%.

A aglutinação da sociedade brasileira em pautas emancipadoras e que significassem um potencial de superação dos processos de objetificação das pessoas e sua invisibilização trouxe à tona no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde a divulgação de interessantes e exitosas experiências locais, como das cidades de Santos e Recife, de um novo modelo de gestão da saúde mental.

A capital de Pernambuco foi uma das pioneiras em atendimento integral a esse recorte populacional: **em 2004**, inaugurou o primeiro Albergue Terapêutico, batizado no município com o nome fantasia de “A Casa do Meio do Caminho” serviço destinado ao atendimento integral à saúde dos usuários abusivos de substâncias psicoativas.

Destacando as CMC como mais um serviço especializado na rede de atenção para o atendimento aos usuários de drogas, é importante referir que estes também são comumente chamados de Albergues Terapêuticos. As CMC são espaços terapêuticos protegidos das drogas, que funcionam como albergues 24 horas, que possuem um Programa Terapêutico específico, com atividades multidisciplinares e abordagem biopsicossocial (RECIFE, 2007b)

A autora Rossana Carla Rameh de Albuquerque, mestre pela FioCruz e coordenadora de uma dessas casas em Recife, sintetizou em uma dissertação a experiência de atenção à temática no âmbito municipal de Recife: Segundo a autora, “A Casa do Meio do Caminho” faz parte como mais um dos componentes do serviço de atenção psicossocial daquele município. Entre os critérios para acesso, o acompanhamento ativo via CAPS AD é obrigatório, bem como a ausência de outros transtornos psiquiátricos graves. Na prática, a Casa do Meio do Caminho funciona como um serviço complementar ao acompanhamento no CAPS AD:

O vínculo com um CAPSad de referência: esse critério justifica-se a partir do momento em que os CAPSad são a “porta de entrada” do sistema, ou melhor, da rede de atenção aos usuários de AD. No entanto, o fator tempo de tratamento em um CAPSad para poder ser encaminhado ao albergue era mais rígido e o albergue era visto como o último recurso a ser acionado na rede de serviços. Era como se a equipe do CAPSad precisasse tentar de tudo, antes de encaminhar o usuário para as CMC. (ALBUQUERQUE, 2008, p 130.)

Semelhante aos formatos gerais de uma Comunidade Terapêutica, o serviço tem a vantagem de estar inserido no território urbano, não ter viés religioso e ser custeado pelo Estado, exonerando o usuário e a família dos custos da internação. Neste ambiente, os internos que acham vantagem realizar atividades domésticas ou de jardinagem são incentivados e outras oficinas e grupos de ajuda mútua são realizados, além de programa terapêutico individual. Outro ponto positivo é a equipe técnica, que em 2004 era composta por coordenador, um técnico de referência – assistente social ou psicólogo, e 7 acompanhantes terapêuticos – cargo que exige ensino médio completo e é incentivado que sejam compostos por antigos usuários, além dos profissionais de apoio, geralmente serviços gerais, administrativo e seguranças:

Assim, com relação à composição da CMC, viu-se que a proposta deve contemplar uma equipe mínima com 7 Acompanhantes Terapêuticos (AT) – que podem ser de nível médio e inclusive há um estímulo de que ex-usuários ou usuários sem uso abusivo possam ser AT – um técnico de nível superior (geralmente psicólogo ou assistente social), um educador físico (no caso, advindo do Programa Academia da Cidade) um coordenador clínico-administrativo e pessoal de apoio – que pode variar entre pessoal de serviços gerais, higiene, administrativo, além da segurança da casa que é feita pela guarda municipal ou vigilantes terceirizados. No entanto, diante das diversas dificuldades de contratação de recursos humanos, essa equipe mínima nem sempre foi contemplada. . (ALBUQUERQUE, 2008, p.146 )

O exemplo do município de Recife demonstra que é possível que o Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, cumpra com sua premissa de integralidade de atendimento, oportunizando alternativa ao usuário e familiares que normalmente são culpabilizados e responsabilizados quanto ao atendimento e abordagem que terão que custear.

(...) para familiares e profissionais, uma das decisões mais difíceis que se coloca frente ao usuário de drogas, é a de optar entre uma internação, ou se o usuário pode dar continuidade ao seu tratamento em um atendimento em nível ambulatorial. Este autor pontua que para um mesmo usuário, a internação pode ser necessária em determinado momento e contra-indicado em outro. Não há uma “receita de bolo” que possa funcionar igualmente para todos (CRUZ, 2006, p. 115).

Logo, se não existe uma abordagem única para acompanhamento de um transtorno multifatorial, as diferentes abordagens poderiam, e até deveriam ser encorajadas nas diferentes realidades municipais do país. Embora a experiência de Recife sinalize um avanço no sentido de integralidade da atenção psicossocial, ainda tem caráter de ação pequeno em relação à demanda. Em 2020, no Plano Estadual de Pernambuco, foram mapeadas três unidades em funcionamento, sendo ofertadas 36 vagas nesta modalidade, 24 voltadas a homens adultos e 12 para mulheres, número pequeno se comparado à oferta de uma única comunidade terapêutica cadastrada naquele estado: 65 leitos.

### 3.1 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ACOLHEDORAS

Segundo a normativa vigente<sup>4</sup>, as comunidades terapêuticas acolhedoras são instituições de “convivência entre os pares”, com característica residencial, e que contribuem no tratamento de usuários, sem a caracterização como serviço de saúde, mas como serviço de interesse para a saúde:

As Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, isto é, aquelas que utilizam como instrumento terapêutico a convivência entre os pares, não realizando qualquer terapêutica que dependam de profissionais de saúde, são consideradas como serviços de interesse para a saúde, e não serviços de saúde. Sendo assim, conforme a RDC 29/2011, a Comunidade Terapêutica Acolhedora deve possuir um Responsável Técnico titular e um substituto, sendo ambos de nível superior em qualquer área de formação, mas que possua capacitação comprovada no atendimento a usuários de substâncias psicoativas. (ANVISA, 2020).

---

<sup>4</sup> Agência Nacional de Saúde (ANVISA, 2020)

Segundo a mesma diretriz, para ser reconhecida como uma comunidade apta a receber repasses governamentais, a comunidade precisa ter em sua equipe técnica um profissional de ensino superior, seja ele habilitado na área de saúde ou não, precisando apenas comprovar experiência em trabalho com esse grupo. Nos casos das anteriormente chamadas de clínicas de reabilitação, na nova diretriz do Ministério da Saúde, (2021) passam a ser classificadas como Comunidades Terapêuticas Médicas.

Nas duas modalidades, teoricamente, os usuários precisam saber quanto tempo ficarão naquele estabelecimento e ter um Plano Individual de Atendimento, PIA, registrado com informações acerca dos objetivos na comunidade, entre eles:

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 29/2011 traz em seu bojo que cada residente da Comunidade Terapêutica deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas. Minudência ainda que tais fichas devem contemplar itens como: I – horário do despertar; II – atividade física e desportiva; III – atividade lúdico-terapêutica variada; IV – atendimento em grupo e individual; V – atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas; VI – atividade que promova o desenvolvimento interior; VII – registro de atendimento médico, quando houver; VIII – atendimento em grupo coordenado por membro da equipe; IX – participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros; X – atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; XI – atendimento à família durante o período de tratamento. XII – tempo previsto de permanência do residente na instituição; e XIII – atividades visando à reinserção social do residente. (ANVISA 2011)

Quanto a fiscalização, a mesma normativa prevê que aconteça no âmbito municipal, podendo acontecer também tanto pelos estados quanto pelo Ministério Público e Conselhos Regionais das categorias profissionais que atuam nesses espaços:

Do ponto de vista sanitário, os serviços de saúde e de interesse à saúde para saúde são fiscalizados pelas Vigilâncias Sanitárias locais (municipais ou estaduais, a depender da pactuação locorregional), com base em normas sanitárias federais e locais sobre o tema. Assim, toda Comunidade Terapêutica deve possuir Alvará Sanitário. Na fiscalização sanitária são avaliados aspectos de infraestrutura, documentação, recursos humanos e processos de trabalho. Em caso de irregularidades, diversas sanções podem ser aplicadas, a depender da gravidade ou da reincidência da infração sanitária; variando desde uma advertência, multa, apreensão e inutilização de produtos, até a interdição do estabelecimento.

Além disso, outros órgãos ou entidades podem realizar fiscalizações dentro de seu âmbito de competências. Assim, por exemplo, o Ministério Público pode realizar fiscalizações, Conselhos profissionais podem fiscalizar questões ligadas ao exercício profissional etc. (BRASIL, 2021, n/p).

Entretanto, embora esteja prevista a fiscalização, as violações surgem com regularidade, a exemplo matéria a seguir, que trouxe a denúncia de trabalho análogo à escravidão. Nesta comunidade, os internos trabalhavam em torno de 11h diárias separando materiais recicláveis, com baixo acesso a alimentação e agressões físicas:

Camas sem colchão e comida vencida misturada a produtos de limpeza. Nos quartos e banheiros, a sujeira assustou até os mais antigos policiais, acostumados a tanta barbaridade. “Cheguei a ser agredido pelo pastor Manoel com uma vara certa vez em que não quis levantar para trabalhar”, contou o interno A.F.P.S. “Não recebia dinheiro. Tenho medo de tudo isso que estou falando pois não tenho outro lugar para morar.” “Dormíamos em um quarto onde tinham algumas camas mas, geralmente, eu dormia em uma cadeira, sentado.” A comida era uma sopa que eles davam no almoço e, às vezes, no jantar (SOBRINHO, 2022, n/p.)

Outro exemplo, que infelizmente demonstra uma realidade aparentemente corriqueira, foi exposta pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2017, com recortes assustadores acerca da realidade constatada: isolamento, incomunicabilidade, retenção de documentos e/ou dinheiro, violação de sigilo de correspondências, internações involuntárias com ausência de laudos e comunicação ao Ministério Público, o uso da força física para contenção e indícios de tortura física, entre outras violações, foram documentadas.

Buscando lançar luz sobre territórios ainda pouco conhecidos pelo conjunto da sociedade, a inspeção nacional identificou nas comunidades terapêuticas vistoriadas a adoção de métodos que retomam a lógica da internação, inclusive compulsória, como recurso primeiro e exclusivo de suposto tratamento, em absoluta contrariedade à legislação vigente. A privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção, visto ocorrer não apenas nos estabelecimentos que autodeclararam realizar internação involuntária e compulsória, mas também naqueles que anunciam atender somente internações voluntárias, embora não oportunizem aos internos condições reais de interromper o “tratamento”. Trata-se, portanto, da imposição real de barreiras, que vão desde retenção de documentos, intervenção para dissuadir a vontade apresentada, até a não viabilização de transporte para a saída de instituições isoladas dos perímetros urbanos. Além desses obstáculos, não há política ativa de informação e transparência que permita à pessoa internada uma tomada de decisão autônoma e soberana acerca de quando cessar o “tratamento”. CFP 2017

Considerando a oferta de financiamento público a esse modelo de instituição – inclusive em desfavor das políticas de saúde mental de base comunitária, preconizadas pela legislação brasileira – o relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas evidencia questões, convoca à reflexão e exige uma tomada de posição por parte do Estado e da sociedade brasileira. O horizonte está na compreensão de que manicômio não se resume aos muros dos antigos e tradicionais hospitais psiquiátricos, mas, muito além disso,

constitui uma lógica que se concretiza nas relações humanas, tendo como imperativos a segregação e a anulação de sujeitos. CFP 2017

Além do Conselho Federal de Psicologia, outras profissões se posicionaram, a exemplo do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, que elaborou um relatório em 2018, acerca da inserção da profissão nas comunidades terapêuticas. Neste relatório, o conselho aponta para outra situação problemática no cotidiano das comunidades: a exploração da mão de obra da classe trabalhadora, que ficou popularmente conhecida como laborterapia.

Além disso, o CFESS entende que a regulamentação das CTs se efetiva de forma inadequada e indevida, pois “institucionaliza a apropriação de ‘eventuais resultados econômicos’ advindos deste trabalho” (CFESS, 2014), por meio da laborterapia desenvolvida pelos/as residentes acolhidos/as na CT, ao garantir as condições de funcionamento institucional em atividades de limpeza, de marcenaria, de consertos hidráulicos, de equipamentos, hortas, piscicultura, dentre outras, realizadas pelos/as mesmos/as, para garantir o funcionamento institucional. Institui ainda, o voluntariado na forma de prestação de serviços, que reproduz a precarização e a exploração da força de trabalho e modalidade que se soma à terceirização e privatização dos serviços, modalidade das relações trabalhistas que toma impulso no Brasil a partir dos anos 1990, com vistas a alcançar vantagens com a racionalização dos recursos humanos.

Se já entendemos que o uso abusivo de substâncias psicoativas se trata de uma expressão de um transtorno mental e que precisa ser gerido na esfera de saúde, a laborterapia sem nenhuma regulamentação e sem supervisão técnica pode ser considerada como exploração da mão de obra de trabalho de pessoas fragilizadas, que por não terem como custear seu acompanhamento, precisam cumprir cargas de trabalho, determinadas por gestores e chefia desses espaços.

Ademais, outro ponto relevante levantado pelo CFESS (2018) foi a contramão da atuação do Sistema de Saúde e de Justiça, que indicam orientações divergentes:

Essa deliberação se traduz em um desafio a ser enfrentado, haja vista a atuação dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Ambos definem diretrizes para essa área de serviços; contudo, indicam orientações teóricas e técnicas divergentes. O Ministério da Saúde define a Redução de Danos como diretiva para a política de álcool e outras drogas; já o Ministério da Justiça, por meio da Senad, tem indicado a abstinência e a internação de longa duração em comunidades terapêuticas. No entanto, o financiamento dos leitos nas comunidades terapêuticas é garantido pelo Ministério da Saúde, situação que contraria as diretrizes na prestação desses serviços na rede conveniada. CFESS 2018

Tal posicionamento é endossado por Fossi e Guareschi, 2019:

A política de segurança pública segue a lógica do proibicionismo, seguindo o caminho oposto à tentativa de construção do SUS e da Reforma Psiquiátrica, em que o cuidado à saúde não deveria estar atravessado pela compreensão moralizante do uso de drogas. A lógica do tratamento para usuários de drogas na política pública de saúde, conforme o documento de 2004, estaria pautado pela Redução de Danos, que não prioriza, necessariamente, a abstinência. Existe, portanto, um embate entre os gestores e trabalhadores da saúde, implicados com o cuidado na lógica da Redução de Danos e na defesa do SUS devido ao caráter proibicionista do tratamento que é adotado pelas comunidades terapêuticas. (FOSSI; GUARESCHI, 2019, p.75)

Em 2015, em outro artigo para a revista de psicologia, as autoras ainda apontam para a semelhança com o modelo manicomial:

As comunidades terapêuticas, por serem instituições fechadas, designadas a dispensar tratamento para usuários através da segregação social, com normas rígidas de funcionamento e controle sobre a vida dos indivíduos, remetem à memória de antigas instituições, como o leprosário e o manicômio. Essas, presentes no mundo ocidental desde a Idade Média, parecem reeditar-se em instituições que, ainda hoje, estão presentes nas diversas sociedades. As comunidades terapêuticas, assim, parecem ser como reedição deste modelo, agora sob a justificativa da dependência química como a doença que deve ser tratada através do isolamento. As práticas destas instituições, desde a Idade Média com as dos leprosários e hospícios, constituíram modos de tratamento e sujeitos, que alicerçou saberes que a Reforma Psiquiátrica contestou, mas que ainda encontram condição de existência por estarem arraigados aos saberes de disciplinas como a medicina, a psicologia, e o direito. (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 79)

Quanto ao Conselho Federal de Medicina, em 2021 publicou o PARECER CFM nº 8/202, onde foram feitos apontamentos acerca das Comunidades Terapêuticas Médicas, com nomenclatura substituída para Clínica Médica Especializada em Dependência Química, com claro afastamento das Comunidades Terapêuticas, classificados na ocasião como albergue terapêutico:

Deixaremos de analisar as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, ambiente específico para receber dependentes químicos que voluntariamente as procurem para alcançar a abstinência, por não se tratar de ambientes médicos, mas e tão somente de um sistema de albergagem terapêutica, conforme previsto pela Lei 13.840/2019.

No mesmo parecer, os relatores classificaram como desastre a situação apresentada no cotidiano e reforçaram a abordagem focada na abstinência:

O tratamento das dependências químicas assume proporções desafiadoras diante de um mundo onde, paulatinamente, as regras sobre o consumo de drogas foram sendo afrouxadas e, nos últimos anos, até estimuladas em muitos países do Ocidente, gerando aumento no adoecimento físico e mental daquela parcela de pessoas vulneráveis ao vício em drogas. Para além da tolerância e do estímulo, sob o comando

de pensadores que enfatizam desde o espectro econômico até as questões de segurança pública, com a tese de que a repressão não modificou o consumo, e de grupos imbuídos de propósitos humanistas, que sustentam o princípio de que o indivíduo pode fazer do seu corpo o que desejar, em razão da defesa intransigente das liberdades individuais, a verdade é insofismável quanto a o desastre das “drogas” que, no mundo ocidental, tem produzido danos irreparáveis ao indivíduo, às famílias e à organização social em todo o seu espectro, que vai do lazer à organização da produção e do trabalho. (...) É um desastre que se reflete no sistema penal, previdenciário, acidentário, na segurança pública, segurança no trânsito, segurança no trabalho e na assistência social, chegando ao sistema financeiro e, finalmente, atingindo aquele de quem se cobra as providências para tratar e recuperar a pessoa adoecida e sua rede familiar, o sistema de saúde. Nos dias atuais é praticamente impossível mensurar ou quantificar o custo financeiro e econômico desse desastre. Sabemos apenas que, na ponta para a assistência, é necessário que estratégias sejam montadas para se somarem aos esforços de uma política sobre drogas que estimule a abstinência como estratégia para a sobriedade, remetendo a redução de danos ao mínimo, sempre com o foco de estimular e fazer reconhecer que a grande meta é a ausência de contato com as “drogas”. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2021/8>

Em síntese, o relatório problematiza de maneira sensível e sob o filtro analítico dos direitos humanos a presença e consolidação das comunidades terapêuticas no Brasil e a ausência de controle social de suas atividades. Em pesquisas futuras, se almeja entrecruzar as relações dessas instituições com o poder público, por meio da verificação, análise e sistematização dos registros de auditoria dos Tribunais de Contas, órgãos auxiliares do Poder Legislativo no processo de controle e fiscalização da descentralização orçamentária e também do Ministério Público, ente que possui competência jurisdicional no campo da saúde pública.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sensação que fica ao estudar esse tema é que quanto mais nos aprofundamos, mais camadas de complexidade são apresentadas. Considerando que a saúde se trata de um direito social estabelecido pela Constituição Federal atual, a tendência ao aumento de vagas e até o incentivo governamental a criação e ampliação de novas comunidades transfere a responsabilidade do Estado e diminui a qualidade e efetividade dos serviços prestados a esse recorte populacional.

A baixa prevalência, e em algumas regiões até a ausência, de controle social se apresenta como um dos aspectos mais preocupantes deste recorte, levando em consideração a baixa quantidade de CTAs legalizadas e a não obrigação de um profissional de saúde envolvido no planejamento e administração desses espaços. A laborterapia, empregada quase sempre de maneira equivocada, se apresenta normalmente como mais uma forma de exploração de mão de obra, nesses casos gratuitas e em algumas situações até pagantes, já que a família também é condicionada a custear o internamento. A sobreposição da esfera privada em um ambiente que precisa e deveria ser gerido pela esfera pública, propicia essas violações e violências em um público fragilizado por conta do abuso de substâncias psicoativas e outros transtornos satélites. É latente a necessidade do reforço, criação e ampliação de novas políticas públicas para fortalecimento e aperfeiçoamento ao atendimento a esse público.

## 5. REFERÊNCIAS

**AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** 2.ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019

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

BRASIL, **Caderno de Textos de Apoio à III Conferência Nacional de Saúde.** Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, **Carta dos direitos dos usuários da saúde /** Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Acesso em 29.04.2022 [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf)

\_\_\_\_\_. **Perguntas e Respostas: Comunidades Terapêuticas.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf>. Acesso em 10.12.2021.

\_\_\_\_\_. **Resolução RDC n. 29,** de 30 de junho de 2011. Brasília. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html) Acesso em 11.12.2021.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **O SUS. Conselho Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/sus.html](https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html). Acesso em 01.02.2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Brasília: **Portaria nº 336,** 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1978

\_\_\_\_\_. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte.** <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>

FIOCRUZ. Descentralização. **SUS de A a Z.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>. Acesso em 03.03.2022.  
**FIORE, Maurício (Coord.) Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas entre 2017 e 2020. São Paulo: CONECTAS/CEBRAP, 2022.**

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social. **Revista Psicologia & Saúde**, 2019, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 73-88. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2019000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 02.03.2022  
<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.611>.

\_\_\_\_\_. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, 2015. V. 15, n. 1, p. 94-115. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 01.02.2022.

**FOUCAULT, Michel. Doença Mental e Psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

**KOIKE, Beth. Lucro das operadoras de planos de saúde tem alta de 49,5% em 2020. Jornal Valor Econômico. Edição de 26.05.2021. Disponível em <https://valorinveste.globo.com/mercados/renda-variavel/empresas/noticia/2021/05/26/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-tem-alta-de-495percent-em-2020.ghtml>. Acesso em 02.2022.**

PERNAMBUCO. **Rede de Atenção Psicossocial: estado de Pernambuco.** Recife: Gerência de Atenção a Atenção Psicossocial/GASAM, 2020. Disponível em: [https://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/27302/mod\\_resource/content/1/REDE\\_SA\\_UDEMENTAL\\_PERNAMBUCO.pdf](https://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/27302/mod_resource/content/1/REDE_SA_UDEMENTAL_PERNAMBUCO.pdf). Acesso em: 01.02.2022

PINAFO, Elisângela; CARVALHO, Brígida Gimenez; NUNES, Elisabete de Fátima P. de Almeida. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 5, p. 1511-1524. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>. Acesso em 10.01.2022

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança.** Brasília: Nações Unidas, 2001.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, Rossana Carla. **Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas.** Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008albuquerque-rcr.pdf>. Acesso em: 10.01.2022

**SCATENA, João Henrique G.; TANAKA, Oswaldo Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da Saúde. Revista Saúde e Sociedade. 2001, Vol.10, n. 2, p. 47-74.**

SOBRINHO, Wanderlei Preite. **Juíza vê indícios de que pastor escraviza dependentes químicos em SP.** UOL, Cotidiano. Fev. 2022. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2022/02/11/comunidades-terapeuticas-trabalho-escravo-pastor-rio-claro-liminar-justica.htm>