

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

## RETROCESSO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Elisangela do Nascimento Covre Silva<sup>1</sup>

Klindia Ramos Barcelos<sup>2</sup>

Maristela Dalbello-Araujo<sup>3</sup>

**Resumo:** Este artigo tem por objetivo discutir as atuais tendências da Política de Saúde Mental no Brasil, com o intento de evidenciar os retrocessos desta política sobretudo no que diz respeito à abordagem aos usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de pesquisa documental e bibliográfica. Ressalta que a inclusão das Comunidades Terapêuticas, como integrante da rede de assistência, contraria os princípios da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial preconizados pela Lei nº 10.216/2001 e privilegiam intervenções pautadas em elementos técnicos e ideológicos que não são compatíveis com um Estado laico e um sistema de saúde baseado em evidências científicas. E defende que o repasse de verbas para serviços privados configura-se como uma privatização gradual e sistemática do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas. Saúde Mental. Drogas.

---

<sup>1</sup> Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (1999); Especializações em Saúde Mental, Atenção Básica em Saúde e Planejamento Gerenciamento e Projetos Sociais. Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase na saúde básica e também atua como preceptora na disciplina de saúde mental de um curso medicina de uma faculdade privada na cidade de Vitória ES. **E-mail:** [eliscovresilva@gmail.com](mailto:eliscovresilva@gmail.com) **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1977-8640> **LATTES:** <http://lattes.cnpq.br/5455221592988144>

<sup>2</sup> Psicóloga, Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM **E-mail:** [klindia@hotmail.com](mailto:klindia@hotmail.com) **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6959-1759> **LATTES:** <http://lattes.cnpq.br/3796183213454493>

<sup>3</sup> Dra. em Psicologia e estágio pós-doutoral em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. **E-mail:** [dalbello.araujo@gmail.com](mailto:dalbello.araujo@gmail.com) **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9950-3358> **LATTES:** <http://lattes.cnpq.br/1496949211181149>

**THERAPEUTIC COMMUNITIES  
RETROCESSION IN MENTAL HEALTH POLICY**

**Abstract:** This article aims to discuss current trends in Mental Health Policy in Brazil, with the aim of highlighting the setbacks of this policy, especially regarding the approach to the users of alcohol and other drugs. It is about documentary and bibliographic research. It emphasizes that the inclusion of the Therapeutic Communities, as part of the care network, is contrary to the principles of deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation recommended by the Law 10.216 / 2001. And it affirms that the transfer of funds to private services is configured as a gradual and systematic privatization of the Unified Health System.

**Keywords:** Public Policy. Mental Health. Drug.

## **Introdução**

Para analisar as atuais tendências da Política de Saúde Mental no Brasil, cabe a reflexão a respeito das ameaças pelas quais a Política de Saúde, como um todo, em seu aspecto global e conceitual, vem sofrendo nos últimos anos. Com esta intenção, Bravo; Pelaez; Pinheiro (2018) discutem as contrarreformas do governo Temer, trazendo como eixo central a consideração de que, no contexto de crise estrutural do capital, o setor saúde torna-se importante meio para a ampliação dos lucros de grupos econômicos que buscam impor sua lógica privada a todos os setores. Refletem que, nesse processo, fica ameaçada a consolidação do sistema de saúde sobre os pilares da concepção defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária. Destacam que, a partir de 2016, as iniciativas de contrarreforma e aceleração do desmonte das políticas públicas e universais se intensifica-

ram e como instrumentos dessas medidas citam: o congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos (PEC 95/1016); a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, que objetivam oferta de serviços de baixa qualidade, e pouca complexidade e as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, rompendo com a centralidade da estratégia de saúde da família. Tais elementos configuram uma assistência focalista e restrita a populações vulneráveis, além de retrocessos em vários setores, inclusive, na Política de Saúde Mental.

São os retrocessos desta política que pretendemos discutir neste artigo, focando, especialmente, na abordagem da atenção aos usuários de álcool e outras drogas e na inclusão do dispositivo Comunidade Terapêutica (CT) como integrante da rede de assistência.

Com este intento, foi realizada pesquisa bibliográfica e documental que teve como fonte artigos científicos disponíveis nas bases de dados indexadas nas áreas de Ciências Sociais Aplicadas e Ciências da Saúde. Utilizamos, ainda, outros materiais: cartilhas, livros, teses, resoluções, leis, decretos e relatórios técnicos.

## **Histórico da Política de Saúde Mental**

A Política de Saúde Mental estabelecida no Brasil foi, fortemente, influenciada pelos preceitos defendidos pela Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1970, que teve como principal representante o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por uma gama de representações: integrantes do movimento da reforma sanitária, associações profissionais e sindicatos. Este

movimento social também veio ao longo dos anos incorporando os egressos dos hospitais psiquiátricos e as associações de familiares, obtendo muitas conquistas em forma de leis e ações afirmativas (SCHEFFER; SILVA, 2014).

O Movimento questionava, desde o início, as formas pelas quais eram tratados os portadores de transtorno mental, marcadas pela mercantilização que gerava grandes lucros ao setor financeiro e às corporações médicas (SCHEFFER; SILVA, 2014). Assim, criticava a hegemonia da rede privada na assistência, a centralidade no modelo hospitalocêntrico e denunciava a violência ocorrida nos manicômios, expressando a defesa da implementação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e adotando o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” (BRASIL, 2005).

A terminologia que sintetiza o que foi a Reforma Psiquiátrica Brasileira é a “desinstitucionalização”. Para Rotelli; Leonardis; Mauri (2001), esse termo impõe um trabalho de transformação que começa no manicômio, mas que também visa transformar as práticas pelas quais os indivíduos são tratados (ou não tratados) em seu sofrimento. Nesse sentido, para os autores citados, o objetivo de intervenção deixa de ser a doença e passa a ser o sofrimento do sujeito e sua relação com o corpo social. Nesta lógica, o *lôcus* do tratamento migra do manicômio para o serviço substitutivo e de base territorial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ressaltamos que o primeiro deles foi inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo, com a proposta de oferecer acompanhamento ambulatorial de atenção diária (BARBOSA; OLIVEIRA, 2018).

Embora o Movimento da Reforma Psiquiátrica tenha avançado nos anos 1980 e 1990, foi somente em 2001 que seus preceitos

foram oficialmente instituídos no país, através da promulgação da Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estabelecendo a internação como último recurso terapêutico, regulamentando as internações compulsórias e determinando a implantação de serviços substitutivos em todo território nacional (BRASIL, 2001).

Esses princípios, também, direcionam a assistência aos usuários de álcool e outras drogas, tanto que, na reorientação do modelo de assistência à saúde mental, foi criado um dispositivo de atenção específico para este público, por meio da Portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde, que instituiu a modalidade de CAPS Álcool e Drogas (CAPSadII), serviço exclusivamente voltado a oferecer atenção psicossocial para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, destinado a municípios com população superior 70.000 pessoas (BRASIL, 2002a).

Contudo, a Reforma Psiquiátrica brasileira não é algo consolidado, é um processo social em curso, no qual se podem perceber as constantes disputas entre diferentes correntes ideológicas que se manifestam por meio de vários entendimentos sobre as formas de intervenção à saúde mental, processo esse constantemente atalhado por representações sociais arcaicas sobre a loucura, por valores morais sobre o uso de drogas e atravessado por diversos interesses econômicos.

Tal afirmativa ganha especial relevância ao analisarmos, especificamente, a problemática do uso e dependência de álcool e outras drogas, pois, embora o uso de drogas faça parte da história da humanidade, tal prática vem ganhando grande visibilidade e impor-

tância no contexto do comércio mundial, passando a ser mercadoria inclusa na lógica capitalista, gerando lucros e, conseqüentemente, tornando-se um dos setores dominantes da economia, levando a questão a ser concebida como um problema social e de saúde pública, evidenciando a necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas a tal questão (CARNEIRO, 2002; TRAD, 2009; MELO; MACIEL, 2016).

Ainda que Garcia; Cavalcante (2015) ressaltem que tais políticas são frequentemente centradas no capital e não no homem, priorizam não a droga em si ou o sofrimento decorrente deste contexto, mas sim os interesses políticos e econômicos que os envolvem.

A partir do momento em que o uso de drogas começou a ser entendido enquanto problemática social e de saúde pública, emergiram dois grandes posicionamentos políticos atinentes ao seu uso: o primeiro refere-se à elaboração de políticas alicerçadas nos pressupostos da segurança pública e da justiça, que visam reprimir a prática do narcotráfico e a oferta de drogas. E o segundo, diz respeito à construção de políticas fundamentadas no escopo da saúde pública, construídas com a finalidade de reprimir a demanda e reduzir os danos associados ao uso de drogas sem, necessariamente, proibir o seu consumo (ALVES, 2009; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2015).

Com o advento desses dois posicionamentos, consolida-se a díade de paradigmas que, atualmente, reverberam na forma de abordar os usuários de álcool e outras drogas, a saber: o paradigma Proibicionista, expresso por meio da Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), instituída pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) através do Decreto nº 4.345/2002, e o da Redução

de Danos, materializado através da Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), publicada pelo Ministério da Saúde em 2003, coadunada com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Enquanto o primeiro visa reduzir a oferta e a demanda de drogas, valendo-se da repressão e da criminalização no que tange a produção, tráfico, porte e consumo das substâncias qualificadas como ilícitas, considerando o uso de drogas como questão de ordem moral e jurídica; o segundo se contrapõe diametralmente ao primeiro paradigma, ao entender este uso como questão de saúde pública, tendo como elemento fulcral a concepção que não é necessário coibir o uso das drogas. Ao invés disso, torna-se imprescindível elaborar e implementar políticas e programas direcionados a minimizar os danos sociais, econômicos e à saúde intimamente ligados ao consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2003; ALVES, 2009; FONSECA; BASTOS, 2005).

A PAIUAD se tornou referência para todas as ações de saúde direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas. Nela, encontra-se delimitado que a atenção à sua saúde deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, dando preferência para os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como por exemplo, os CAPSad, que operam sob o paradigma da Redução de Danos, por compreenderem que a abstinência não pode ser a única meta a ser alcançada. Pontuamos que a publicação dessa política representou o preenchimento de um hiato que, até então, existia em relação às políticas públicas de saúde de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

A clareza de que a assistência à saúde se reveste de grande complexidade e que se faz necessária uma rede com diferentes e arti-

culados pontos de atenção para seu enfrentamento motivou a criação da Portaria nº 3.088/2011, publicada pelo Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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) (BRASIL, 2011a).

Dentre suas diretrizes, pode-se ver a ênfase quanto ao respeito aos direitos humanos, assegurando a autonomia e a liberdade dos usuários; a priorização do cuidado em serviços territoriais e comunitários; a adoção de estratégias em consonância com a ideia da Redução de Danos e, ainda, a construção de um projeto terapêutico singular para cada usuário. Estes princípios e diretrizes postulam que a RAPS deve ser composta por CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. Caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2011a).

Entretanto, apesar de a citada portaria trazer em seu bojo os preceitos do paradigma da Redução de Danos, abriu precedentes para o retrocesso dos avanços conquistados até então, ao incluir o dispositivo de Comunidades Terapêuticas como um dos componentes da rede.

## **Expansão das Comunidades Terapêuticas na Política de Saúde Mental**

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Resolução nº 29/2011, as CTs são entendidas como:

Instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares (BRASIL, 2011b).

Deste modo, a partir de então, a discussão do papel das Comunidades na RAPS, mais especificamente, na atenção aos usuários com dependência e uso de álcool e outras drogas, ganha ainda maior destaque devido à ampliação do papel dessas instituições na Política de Saúde Mental.

Assinalamos que este recurso para o tratamento de portadores de transtorno mental e usuários de álcool e outras diferentes drogas, conhecido por diferentes nomenclaturas: clínicas de repouso, clínicas de tratamento de toxicômanos, entre outros, existe desde a década de 1950, e conforme afirmam Machado; Miranda (2007), a pressão por sua inserção no âmbito do SUS vem ocorrendo desde a criação do sistema.

Garcia (2012), inclusive, destaca a atuação da Frente Parlamentar Mista em Defesa das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras e Associações de Proteção e Assistência aos Condenados (APACS) junto ao Congresso Nacional para garantir investimento estatal nestas instituições. Por esse motivo, acredita-se que para os defensores dessa modalidade de tratamento tal inclusão na Rede de Atenção Psicossocial pode ser considerada um marco histórico, que abriu caminho para que esse tipo de serviço viesse a se expandir ainda mais em território brasileiro, ao receber recursos do Governo.

Também, é preciso sinalizar o momento histórico em que tal inclusão se deu, no qual os movimentos pró Comunidades Tera-

pêuticas se encontravam fortalecidos pela opinião pública, premida pelo pânico social em torno do crack, tido como o novo demônio da sociedade brasileira, divulgado pela mídia como causa e não consequência de desigualdades e injustiças sociais. Assim, o temor disseminado, segundo Pitta (2012), tem justificado as mais desastradas, polêmicas e sempre repressivas medidas para o seu enfrentamento. Para a autora, o modelo das Comunidades Terapêuticas apenas enclausura o problema, diante da inexistência de uma intervenção mais efetiva, abrangente e eficaz por parte do Estado, que insiste em apresentar uma solução simples para um problema complexo.

Na direção das críticas a essa inclusão, Fossi; Guareshi (2015) analisam que o investimento do Governo nesta modalidade de serviço propicia um embate entre os gestores e trabalhadores da saúde envolvidos com o cuidado a partir do Paradigma da Redução de Danos e que se posicionam em defesa do SUS. Este embate ocorre em virtude do enfoque proibicionista pelo qual se pautam as Comunidades Terapêuticas. Para as autoras, a lógica predominante daquilo que chamam de tratamento oferecido pelas CTs é a da moralização, da abstinência total do uso de drogas da imposição da espiritualidade, da laborterapia, da disciplina, da exclusão e do isolamento dos usuários. Essas se configuram como instituições fechadas, apregoam uma permanência de 12 meses em suas instalações, impõem aos internos normas rígidas, muito semelhantes às arcaicas instituições tão questionadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Nessa mesma direção, Melo; Corradi-Webster (2016) afirmam que os serviços oferecidos pelas Comunidades Terapêuticas têm como propósito viabilizar a “cura” do interno por meio da abstinência total das drogas, propósito diametralmente oposto com o que

prevê a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Apesar dessa contradição, as Comunidades Terapêuticas são as instituições que oferecem maior quantitativo de leitos para internação, “tanto se considerado o número absoluto de vagas, quanto se considerarmos o alcance da rede dentro do território nacional” (SILVA, 2016, p. 17).

Dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelam que existem 1963 Comunidades Terapêuticas em território brasileiro, das quais 42 no Estado do Espírito Santo. No que diz respeito às fontes de financiamento, das 510 Comunidades Terapêuticas pesquisadas pelo instituto, 10% são financiadas por governos Municipais; 27,80% por governos estaduais e 24,10% pelo governo Federal. Mais contraditório ainda são os dados relativos aos métodos e práticas terapêuticas, pois a espiritualidade e a laborterapia estão no topo, representando 95%, e 92, 90 %, respectivamente (IPEA, 2017).

Leal; Santos; Jesus (2016) desenvolveram ampla pesquisa sobre o crescimento do número de Comunidades Terapêuticas religiosas no Estado do Espírito Santo e concluíram que há um fortalecimento da política de encarceramento vigente, através das internações compulsórias em instituições de tratamento e, também, por meio dos presídios e/ou medidas socioeducativas, mostrando inclusive que entre 2005 e 2014, a população prisional no ES aumentou 130%.

Ou seja, há um expressivo investimento de verba pública em uma proposta que traz consigo elementos técnicos e ideológicos que não são compatíveis com um Estado laico e um sistema de saúde baseado em evidências científicas, díspares do arcabouço ideológico do movimento da Reforma Psiquiátrica, do paradigma da Redução

de Danos, do respeito à subjetividade e do caráter territorial e social inscritos na estrutura da determinação do processo saúde doença, aspectos estes prevalentes no ideário do SUS.

Recentemente, nessa mesma onda de retrocesso, tem-se a publicação da Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), convertida na Portaria nº 3.588 do Ministério da Saúde, que propõe mudanças na Política de Saúde Mental vigente. Em suas decisões reforçam as internações em hospitais psiquiátricos, reajustando os valores das diárias das internações, preconizam a criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais e apoiam novas ações para fortalecer e legitimar os serviços oferecidos pelas Comunidades Terapêuticas, novamente, contrariando os princípios da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial preconizados pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001; 2017a; 2017b; BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Teixeira (2018) por sua vez, ao comentar sobre as consequências da Portaria nº 3.588/2017, afirma que sua publicação marca a interrupção de um processo progressivo, marcado por avanços, conquistas, lutas, resistências e amplo debate no que tange ao posicionamento contrário às internações em manicômios e em instituições com características asilares. Além disso, ressalta a expressiva presença do setor privado neste campo. Pontuamos que, ao favorecer a lógica da internação hospitalar, valendo-se especialmente da aplicação de recursos públicos em estabelecimentos particulares, essas resoluções caminham no sentido da privatização do sistema público de maneira gradativa, sistemática e amparada em leis.

Para Silva (2018), essa tendência indica a força e a radicalidade do projeto neoliberal presente no atual governo brasileiro,

que tende a implementação de medidas de contenção de recursos por meio de ajustes econômicos estruturais e privilegia os setores privado e filantrópico, ainda que isso comprometa a responsabilidade constitucional do Estado na organização e execução da política de saúde.

As Comunidades Terapêuticas também têm sido duramente criticadas devido às condições nas quais mantém seus internos. O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017 aponta que, nesses espaços, há: privação de liberdade; claras características asilares e de segregação; violação de direitos; rompimento de laços sociais e uma metodologia que não privilegia a singularidade do interno ao não disporem de um projeto terapêutico para cada indivíduo, conforme exigido pela Portaria nº 3.088/2011. Tais achados ratificam a acuidade da advertência de que esses serviços contrariam os ideais de cuidado previstos na Política de Saúde Mental e configuram-se como grave retrocesso (CFP, 2018).

Na esteira dos prejuízos à Política de Saúde Mental, construída ao longo dos últimos trinta anos pelo MTSM, ainda devemos mencionar a Resolução do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) nº 01/2018. Nela, estão definidas as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD e ressaltam a preponderância das Comunidades Terapêuticas como espaço privilegiado de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Seu conteúdo preconiza a abstinência como o único recurso de tratamento e fortalece a metodologia de trabalho das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2018).

Como consequência desse conjunto de resoluções, normativas e discursos, que se traduzem em práticas segregacionistas,

autoritárias e, portanto, contrárias ao lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”; pode-se prever o enfraquecimento dos serviços de base comunitária e intersetorial na medida em que tais práticas reforçam o paradigma Proibicionista e fomentam uma atitude aver-siva por parte da sociedade para com os sujeitos que estão envolvidos no uso de drogas.

### **Considerações Finais**

As políticas públicas direcionadas à problemática do uso de drogas no Brasil foram fortemente influenciadas pelo paradigma Proibicionista, pautando as ações no binômio abstinência-repressão, perpassadas por atravessamentos de cunho criminal, moral e religioso.

Em contrapartida, ao longo dos últimos 30 anos, os movimentos sociais – Reforma Psiquiátrica e MTSM, conquistaram avanços substanciados em leis e práticas no sentido da mudança para o paradigma da Redução de Danos que centra seus esforços em uma maneira de cuidar que leva em conta a singularidade dos sujeitos, baseado em formas de tratamento em liberdade, calcado em redes de base territorial.

Entretanto, é inegável o retrocesso que vem se operando em todas as políticas sociais no atual governo neoliberal. Ressaltamos esta tendência configurada, especialmente, na centralidade do financiamento público para instituições fechadas e privadas como as Comunidades Terapêuticas, que despotencializa, desta forma, os serviços essencialmente públicos, constituídos a partir do SUS e, particularmente, da Política de Saúde Mental.

A metodologia adotada por estas Comunidades Terapêuticas, baseia-se na abstinência, culpabilização, religiosidade e labortera-

pia, em tudo distinta das premissas da compreensão da determinação social do processo saúde doença e das redes de cuidado psicossociais previstas pelos demais pontos da RAPS, legítima rede de cuidado e acolhimento ao sofrimento.

É clara a tendência de privatização dos sistemas públicos e a intenção de tratar os usuários de álcool e outras drogas pelo viés da internação, como ocorria até os anos 1980. Há, portanto, um retorno dos velhos modos de lidar com os usuários, modos que são encobertos pelo discurso do cuidado e da atenção à saúde, mas que, em sua essência, configuram-se enquanto estratégias segregativas e excludentes, impondo a reclusão e a abstinência total como um ideal de vida a ser alcançado, contrariando conquistas da Política de Saúde Mental. A ênfase atribuída às Comunidades Terapêuticas, sua inclusão na Rede de Atenção Psicossocial e seu financiamento estatal na atual política mostram uma evidente mudança na conduta do Ministério da Saúde que, historicamente, apresentou-se como o órgão representativo do paradigma da Redução de Danos.

Ademais, o investimento do Ministério da Saúde nas Comunidades Terapêuticas pode ser compreendido como um retrocesso para o campo da saúde mental, uma vez que o ideal de cuidado que é preconizado nestas instituições destoa do que é preconizado pela PAIUAD, na medida em que as Comunidades Terapêuticas têm como ideal de cuidado a abstinência total, não privilegiando a autonomia dos usuários frente ao uso de drogas. Além disso, tal investimento, opera no imaginário social, ratificando a ideia de que as ações voltadas a estes sujeitos devam ser materializadas somente por meio da internação, do enclausuramento e do distanciamento do meio social.

Assim, resta, aos militantes da área da saúde mental, a potencialização de movimentos de resistência aos retrocessos na Política de Saúde Mental destacados neste artigo. Advertimos que tal resistência perpassa, necessariamente, pela defesa do Sistema de Saúde público, universal e de qualidade, pois essa é uma importante premissa para a concretização dos ideais da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, da garantia de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas baseada nestes ideais.

## Referências

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, nov. 2009.

BARBOSA, E. C.; OLIVEIRA, F. M. Inovação tecnológica em saúde: o CAPS transformando o modelo assistencial. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 180-197, jan./abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Sobre Drogas. **Resolução CONAD nº 01/2018, 19 de dezembro de 2017. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4345 de 26 de agosto de 2002**. Brasília (DF), 2018. Disponível em:<<https://www.justica.gov.br/news/politicas-sobre-drogas-dara-guinada-rumo-a-abstinencia/proposta-aceita-osmar-terra.pdf>>://[www.justica.gov.br/news/politicas-sobre-drogas-dara-guinada-rumo-a-abstinencia/proposta-aceita-osmar-terra.pdf](https://www.justica.gov.br/news/politicas-sobre-drogas-dara-guinada-rumo-a-abstinencia/proposta-aceita-osmar-terra.pdf)>. Acesso em: 09 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 29, de 30 de junho**

**de 2011.** 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. Brasília (DF), 2011b. 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: 25 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Brasília (DF), 2017a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a**

**usuários de álcool e outras drogas.** Brasília (DF), 2003. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília (DF), 2017b. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 15 jun. 2018.

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. Brasília (DF), 2011a. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Brasília (DF), 2002a. 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)>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental:**

**15 anos depois de Caracas.** Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2005. Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf) > . Acesso em 02: jul. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.** Brasília (DF), 2002b. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm) # HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)”: HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)”~:text=1o%20Fica%20institu%C3%AD-da%2C%20na,e%20estudos%2C%20pesquisas%20e%20avalia%C3%A7%C3%B5es >. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 10.216, 06 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.** Brasília (DF), 2001. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm) >:// HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)”www.planalto.gov.br HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)”/ HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)” HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)”ccivil\_03 HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)”/leis/ HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)”leis\_2001 HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)”/ HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)”/ HYPERLINK “[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)”110216.htm >. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrar-reformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Rev. out. IES**, São Paulo, v. 6, p. 115-28, 2002.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília (DF): 2018. 172 p. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em. 25 jun. 2018.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, G. (Orgs). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 289-310.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estud. pesqui. Psicol**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 94-115, 2015.

GARCIA, M. L. T. Proibicionismo: há pedras<sup>4</sup> no caminho. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n.2, p. 40-47, jul./dez. 2012.

GARCIA, M. L. T.; CAVALCANTE, R. Debate sobre drogas: um momento ímpar. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n.1, p. 4-7, jan./jun. 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota técnica PERFIL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS**. Nº 21, Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, março de 2017. Disponível em:<[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT\\_Perfil\\_2017.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2018.

LEAL, F. X.; SANTOS, C. C.; JESUS, R. S. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 423 - 436, ago./dez. 2016.

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- Mangui-nhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.801-821, jul./set. 2007.

MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p.76-87, jan./mar. 2016.

MELO, M. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Sentidos produzidos sobre a maternagem por mulheres em tratamento por uso de drogas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 699-709, out./dez. 2016.

PITTA, A. M. F. Perigo de retrocesso às etapas primitivas da política social. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n.2, p. 34-39, jul./dez. 2012.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001, 112 p.

SCHEFFER, G.; SILVA, L.G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv.Soc.Sociedade**, São Paulo, n.118, p.366-393, jun. 2014.

SILVA, A. I. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v.10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018.

SILVA, V. A. A. **legitimidade das comunidades terapêuticas católicas para dependência química no espaço público brasileiro: o caso da Fazenda Esperança**. 2016. 144 f. Dissertação (Programa

de pós-graduação em ciências sociais) - Instituto de ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora.

TEIXEIRA, M. J. A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A.; MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; REGO, M. (Orgs). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 97-112.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO- ARAUJO, M. Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as Políticas Públicas: que caminho seguir? **Trab. educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, p.157- 175, 2015.