



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

PAMELA FERNANDA DE LIMA ZAMARCHI

**CONTRAVERSÃO - DO CONSELHO FEDERAL DE
PSICOLOGIA ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

ARIQUEMES - RO

2015

Pamela Fernanda de Lima Zamarchi

**CONTRAVERSÃO - DO CONSELHO FEDERAL DE
PSICOLOGIA ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Monografia apresentado ao curso de
Psicologia da Faculdade de Educação e Meio
Ambiente como requisito parcial à obtenção
de título de Bacharel e Licenciatura.

Profº Orientador: Ms. Carla Patrícia Rambo

Ariquemes - RO

2015

Pamela Fernanda de Lima Zamarchi

CONTRAVERSÃO - DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel e Licenciatura.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Orientadora Ms. Carla Patrícia Rambo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Marli Fogaça
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^º. Ms. Roberson Geovani Casarin
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, _____ de Novembro de 2015.

Dedico a Deus antes de tudo e de todos, pela vida, pela sua misericórdia e pelo seu amor. A minha mãe e meu pai que me possibilitaram realizar este desejo que a muito estava adormecido. E a meu noivo que sempre tem me apoiado.

Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela dádiva da vida, por sempre ter iluminado meu caminho mesmo diante de tantos obstáculos internos e externos. Agradeço imensamente a meus amados pais, Vera Lúcia de Lima e Leonel Lieser Zamarchi, que possibilitaram a realização deste sonho de alcançar uma graduação, pela paciência e liberdade que esses tem me dado para conseguir concluir esse ciclo em minha vida.

Agradeço também de todo meu coração a meu noivo, Rafael Oliveira Arce, por estar sempre ao meu lado me incentivando, sendo paciente com o consumo de tempo que uma graduação abarca, e por entender e reconhecer o significado de uma graduação em minha vida, por sempre me apoiar em todas as decisões tomadas ao longo dessa jornada.

Agradeço a minha orientadora Ms. Carla Patrícia Rambo, por sempre acreditar em meu potencial em desenvolver este trabalho, mesmo quando eu não acreditava ser possível, pela calma e serenidade que em vários momentos tentou abrandar minha ansiedade.

Agradeço também a todos os professores que passaram por nossa turma que de alguma forma contribuíram em minha graduação, por dispor tanto conhecimento de maneira ética, respeitosa e muitas vezes afetuosa. Em meio a tantos professores agradecer ao Ms. Roberson Geovane Casarin, pela receptividade, compreensão e paciência nos momentos em que mais precisei.

A professora Ms. Ana Claudia Y. Arantes que surgiu na metade de nosso curso e me inspirou com seu conhecimento e delicadeza que fez com que eu apaixonasse ainda mais pela psicologia, pela humildade e carinho, sentirei muita falta de nossas supervisões de clínica.

E entre tantos professores não deixaria de agradecer a nossa coordenadora Carla Patrícia Rambo, que adicionou em minha graduação um amplo significado de empatia.

Não poderia deixar de agradecer a essa turma que estou inserida, e que turma, com uma identidade forte e crítica, afinal essa é uma turma de psicologia e eu não esperava menos, sou grata pelos amigos que fiz, pelos momentos que vivenciamos

e pelas discórdias que tivemos, pois tudo faz parte da turma que somos hoje, alguns amigos levarei para sempre em meu coração.

Agradeço também a Marli Fogaça e a equipe AMOREVI, pela confiança que depositaram em mim, pelo carinho que sempre fui recebida e ainda despertaram em mim grande interesse por aqueles que sofrem pela dependência química, e que muitas vezes são excluídos e não amparados, aprendi muito com esse grupo e jamais esquecerei as experiências vivenciadas.

Obrigada a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção deste trabalho.

“Não há despertar de consciências sem dor. As pessoas farão de tudo, chegando aos limites do absurdo para evitar enfrentar a sua própria alma. Ninguém se torna iluminado por imaginar figuras de luz, mas sim por tornar consciente a escuridão.”

Carl Gustav Jung

RESUMO

Este trabalho se propõe a clarificar e refletir sobre as divergências de ambas as partes Conselho Federal de Psicologia e Comunidades Terapêuticas, objetivando discutir a dialogicidade das Comunidades Terapêuticas com a reforma psiquiátrica, a partir da legitimação e normatização destas comunidades no Brasil através de uma pesquisa bibliográfica. Em se tratando das Comunidades terapêuticas, existem muitas divergências no que diz respeito a suas competências e a sua legalização no Brasil, e ainda sobre os possíveis financiamentos dessas instituições por meio de verba pública. Vários conselhos como o de psicologia se mostram contrários a estas medidas, pois afirmam que o modelo vigente vai de encontro aos almejos e as conquistas da Reforma Psiquiátrica, e ainda apontam sobre a inaptidão dos órgãos fiscalizadores dessas instituições. As comunidades Terapêuticas vem ganhando espaço no que diz respeito à atenção a dependentes químicos, por consequência da lacuna nas políticas públicas que abarcam a problemática. A Resolução - RDC N° 29, de 30 de junho de 2011 da ANVISA, que estabelece e retrata os quesitos que as Comunidades Terapêuticas devem seguir, pois é sabido que a maioria das Comunidades Terapêuticas no Brasil segue ainda caminhos diretamente vinculados a alguma entidade ou igreja, ignorando o que é de dever destas instituições. Considerando também aspectos como sexualidade, estrutura física da instituição, psíquica e a fiscalização dessas instituições. Considera-se que há necessidade de pesquisas no que se refere a eficácia nos tratamentos disponíveis.

Palavras Chaves: Dependência Química, Comunidade Terapêutica, Conselho Federal de Psicologia.

ABSTRACT

This present work proposes to classify and reflect about divergences of both parts, in order to discuss the dialogue of the Therapeutic Communities with the Psychiatric Reform, as of the legitimization and normalization of these communities in Brazil through bibliographic research. In the case of Therapeutic Communities, there are many divergences concerning the competencies and its legalization in Brazil, and still on the possible financing of these institutions by means of public funds. Several councils such as psychology opposed to these measures, because they affirm that the present model meets the desires and conquests of the Psychiatric Reform, and points towards disability of the enforcement organs of these institutions. The Therapeutic Communities has been gaining space concerning attention related to chemical dependents, in consequence of gap in public policies that embrace the problematic. The resolution – RDC no. 29, June 30, 2011 of ANVISA, that establishes and portrays questions that Therapeutic Communities should follow, because it's known that most part of the Therapeutic Communities in Brazil follow directly linked paths to entity or churches, ignoring the duty of this institutions. Also considering aspects such as sexuality, physical structure of the institution, research and inspection of them. It is considered that there is need for research regarding the effectiveness of the treatments available.

Key words: Chemical dependence, Therapeutic Community, Federal Council of Psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
CTs	Comunidades Terapêuticas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
AMOREVI	Amor é Vida
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
PEPSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AA	Alcoólicos Anônimos
SENAD	Secretaria Nacional de Drogas
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
FNDDH	Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
COPEDS	Comissão Permanente de Defesa da Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

MPF	Ministério Público Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. METODOLOGIA	17
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
4.1 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E SUA LEGALIZAÇÃO NO BRASIL: EM UM VIES HISTÓRICO.	18
4.2 O QUE SÃO AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A QUE SE DESTINAM?	21
5. O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA RELAÇÃO COM AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	28
6. O POSICIONAMENTO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA PERANTE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL	32
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	44

INTRODUÇÃO

Quando falamos em dependência química, nos vemos diante de uma questão complexa e polêmica, onde indivíduos que sofrem precisam de tratamento e amparo adequado. Atualmente tem se discutido muito sobre o consumo de drogas no Brasil e suas consequências. De acordo com Pratta e Santos (2009) o consumo de drogas hoje é um problema de saúde pública, e que para se falar deste tema, necessita abranger e entender saúde/doença para que se possa compreender as atuais e possíveis estratégias de intervenção, devendo levar em consideração como a droga foi vista ao longo da história. Nesse sentido como parafraseia Scheffer, Pasa e Almeida, (2010), trazem que de longa data o uso de certas substâncias vem sendo tratado com ações que visam a punição e não com as ações que apontem para a prevenção ou para o processo terapêutico, vista de forma distorcida como moral falha ou até mesmo falta de força de vontade daquele que é dependente químico, mas nas últimas décadas tem-se mudado a concepção com avanços científicos, passou-se a ser entendida como um grave problema de saúde que compromete e altera o cérebro e por consequência o comportamento do indivíduo.

Por sua vez Lourenço (2012) contribui ao complementar e se referir que a dependência química é uma doença que pode vir a adulterar as estruturas e mecanismos do cérebro, podendo também vir a causar prejuízos psicológicos e sociais em diversos níveis, doença esta crônica onde cada tipo de substância tem suas características, impossibilitando assim um método exato para todos os tipos de atendimento, pois cada tratamento deve levar em conta a individualidade do outro.

Segundo a (OMS, 2001 *apud* PRATTA E SANTOS, 2009, p. 208) Organização Mundial de Saúde, a dependência química deve ser tratada ao mesmo tempo em duas esferas, como uma doença médica e crônica e como um problema abrangente social, podendo se constituir de características momentâneas como um estado mental, ainda muitas vezes físico, sendo resultado da junção entre um organismo vivo e a droga, acarretando ai uma compulsão por utilizar essas substâncias e experienciar seu efeito psíquico, e pode evitar o mal-estar causado.

Outros aspectos se mostram importantes para os autores como Pratta e Santos (2009), pois acrescentam que além de identificar e tratar os sintomas, é primordial identificar as consequências e os motivos que levaram o indivíduo neste percurso, vendo o sujeito em sua totalidade, para que à partir de então se possa oferecer subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação as drogas. Além da busca incessante pela droga, ainda causa abrangentes mudanças e conflitos na relação do sujeito com seus familiares, ainda abarcando prejuízos sociais e profissionais.

Em relação ao tratamento ideal e eficaz, para atendimentos a dependentes químicos existem muitos desencontros a esse respeito, que envolvem questões éticas, científicas, políticas e também religiosas.

Nesta pesquisa iremos abordar as Comunidades Terapêuticas (CTs) em sua proposta original e atual no contexto brasileiro, visando e apontando algumas contraposições que surgem em se pontuar a Reforma Psiquiátrica e ainda, dialogar com os apontamentos levantados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em relação ao funcionamento dessas instituições.

O interesse pelo tema surgiu a partir dos estágios supervisionado III e V, por intermédio da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA), que teve início no mês de fevereiro de 2015, na comunidade terapêutica AMOREVI, que significa (amor é vida) situada em Ariquemes RO, essa instituição se propõem a atuar no acolhimento a dependentes químicos como comunidade terapêutica, porém, ainda não está em funcionamento, mas tem se preparado para que isto aconteça dentro das atribuições e normativas exigidas. Em busca de compreender o que seria e qual a real finalidade de uma CT, o que levou a perceber que o CFP se posiciona de forma contrária a lei que normatiza as CTs no Brasil, e faz inúmeros apontamentos em relação a esta questão. Este fato, podemos dizer que despertou curiosidade e grande interesse em relação a este conflito, pois até o momento a percepção que tinha em relação a todas as fomentações eram confusas e descontraídas. Diante do posicionamento do Conselho Federal de Psicologia e suas alegações, instigou-me a possibilidade de uma pesquisa específica e detalhada acerca do tema e dos posicionamentos adotados por ambas as partes.

Diante destas controvérsias objetivam-se elucidar a postura adotada por ambas as partes, com intuito de clarificar a relação de ambas e apontar onde se

convergem, mas para que essa clarificação seja justa e coerente se faz necessário compreendermos alguns princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica acerca da realidade atual das CTs no Brasil, que busca compreender ambas as partes, pontuar de forma coesa as atribuições das Comunidades Terapêuticas e como esta tem se saído em sua atuação.

Destarte, no primeiro capítulo intitulado: “As Comunidades Terapêuticas e sua Legalização no Brasil: em um viés histórico.” Buscou-se nesta etapa trazer a história das CTs, suas características, a que ela se propõe, e a luta pela legalização e normatização, abarcando a lei que possibilita o seu funcionamento e seus detrimentos.

No segundo capítulo: “O movimento da reforma psiquiátrica e sua relação com as Comunidades Terapêuticas.” Discorreu-se sobre as mudanças que a reforma psiquiátrica brasileira propôs e efetivou em seu percurso e ainda as mudanças que ela acarretou em nossa sociedade em diversas esferas como social, cultural e em nível de saúde em especial a saúde mental.

No terceiro capítulo: “O Posicionamento Do Conselho Federal De Psicologia Perante As Comunidades Terapêuticas No Brasil” mostrando os questionamentos que o CFP tem em relação às Comunidades Terapêuticas, pois segundo ele vem de encontro aos avanços conquistados na reforma psiquiátrica brasileira.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discutir a dialogicidade das Comunidades Terapêuticas com a reforma psiquiátrica, a partir da legitimação e normatização destas comunidades no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender historicamente as Comunidades Terapêuticas e sua legalização no Brasil.

Entender o movimento da reforma psiquiátrica através do percurso histórico e sua relação com as Comunidades Terapêuticas

Apresentar e discutir o posicionamento do Conselho Federal de Psicologia perante as Comunidades Terapêuticas no Brasil.

3. METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos foi utilizada como procedimento a pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é formada e embasada em material já publicado, este perfil de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos englobando também outro tipo de fontes como materiais disponibilizados pela internet.

De acordo com Gil (2010) a pesquisa bibliográfica possui uma vantagem importante, pois auxilia o pesquisador a cobrir uma fatia maior de fenômenos de forma muito mais ampla. Essa vantagem se mostra com maior relevância ainda quando se trata de uma pesquisa com dados muito dispersos, a pesquisa bibliográfica também é muito importante quando se trata de estudos históricos, em algumas situações a pesquisa bibliográfica se apresenta como único meio para se conhecer os fatos.

A busca foi feita em bancos de dados online como Google Acadêmico; SCIELO Brasil, PEPSIC. Foram utilizados os descritores: Comunidades Terapêuticas, Reforma Psiquiátrica, Dependência Química e Conselho Federal de Psicologia. Diante dos resultados das buscas foram selecionados para este trabalho de conclusão de curso artigos, lidos e fichados. Estes são de 1995 a 2015.

Foram excluídos os artigos, livros dissertações e teses que não abarcavam a temática da pesquisa. Em sua totalidade essa pesquisa foi embasada na leitura de 82 publicações, livros, artigos e matérias, sendo utilizado um total de 39 materiais que abarcavam o que é proposto por essa pesquisa.

Por compreender a amplitude dos temas pesquisados é que se percebe a necessidade de vasto conhecimento e embasamento científico para manter e garantir a fidedignidade desta pesquisa bibliográfica.

A realização da pesquisa ocorreu durante os meses de março a outubro janeiro a outubro de dois mil e quinze. Os materiais utilizados foram devidamente fichados, analisados e ainda questionados em relação a sua contribuição em nível teórico em que se objetiva esse trabalho e devidamente referenciados.

4. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

4.1 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E SUA LEGALIZAÇÃO NO BRASIL: EM UM VIES HISTÓRICO.

Neste capítulo pretende-se apresentar alguns apontamentos históricos, sociais e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101/2001 e 29/2011 da ANVISA, que legaliza e normatiza as Comunidades Terapêuticas, para que com o decorrer da história com foco na origem e finalidade, compreenda-se o posicionamento e o funcionamento legalizado atualmente no Brasil, mostrando seus deveres, falhas e direitos conquistados. Para compreendermos o modelo atual de CTs no Brasil faz-se necessário compreender a proposta original das primeiras Comunidades Terapêuticas.

De acordo com Filho (2012) foi no final do século XVIII, que apareceram os primeiros grupos de trabalho voltados para o indivíduo e seu bem estar sendo eles de ordem física, emocional e espiritual com a visão voltada para o outro, que por alguma razão buscou por algum tipo de alívio ou consolo no álcool ou em algum outro tipo de droga em função de apaziguar suas dores. O mesmo autor diz ainda que a partir deste momento que surgiram as primeiras CTs, que foi com o tempo que se espalharam pelo mundo, e que neste começo as características eram bem próximas umas das outras. Desde que surgiram as comunidades terapêuticas no mundo as mais antigas com mais de um século são a Cruz Azul, Synanon, Daytop e Desafio Jovem.

Trazendo um pouco da história, ideologias e conceitos dessas primeiras CTs, podemos perceber o ponto de partida das atuais, apesar de que com o passar dos anos foram se aperfeiçoando, ainda existe uma espécie de espelho em alguns aspectos em diversas Comunidades Terapêuticas no Brasil. A seguir iremos explicar brevemente as primeiras Comunidades Terapêuticas com intuito de mostrar como as mudanças vieram ocorrendo gradativamente.

Silva (2013) contribuiu ao trazer que a Cruz Azul surgiu com o Reverendo Luis Lucien Rochat, em Genebra em 1877, percebendo que os membros de sua igreja apresentavam problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, atentou

em buscar soluções para a problemática e meios para a ajudar os membros de sua igreja. Criando reuniões com perfis de autoajuda, abarcando a convicção religiosa de que a partir da palavra de Deus é que se recuperaria a moral e a vida social do indivíduo, seguia com percurso de discussões a respeito do álcool e a pregação do Evangelho e à partir dessas reuniões é que surgiu a Cruz Azul que com o passar do tempo foi se espalhando por toda a Europa. Já Filho (2012) diz que a Cruz Azul traz em sua bagagem 125 anos de história, sendo de característica marcante cristão global e livre de qualquer influência política, tendo sido fundada em Genebra.

Tinoco (2006) traz alguns aspectos da Synanon que surgiu a partir do AA, e que esta comunidade, tinha rigorosos códigos de comportamento, sendo a primeira CT livre de drogas, com composição hierárquica. O mesmo autor aponta ainda que Charles Dederichi foi um AA restaurado, que em 1958 levanta um programa semelhante ao AA, onde o nome Synanon com origem em Sins Anonimous que quer dizer “Pecados Anônimos”, funcionava em torno de conceitos de uma família ampliada envolta em moral e de cunho patriarcal, que com o passar dos anos foi crescendo nos EUA e tornando-se auto suficiente e cada vez mais dogmático e de isolamento exterior, que acabou por se tornar um culto violento que criou sua própria milícia.

Tinoco (2006) fala também sobre a CT Daytop, que surgiu na Costa Oeste dos EUA, com um psiquiatra Casriel que residia em Synanon, com o Padre O'Brien, e que romperam em meados de 1963 com a Synanon apontando várias críticas, foi quando O'Brien com a ajuda de David Deitch constroem uma outra instituição a Daytop, com algumas mudanças, que se destinava a recuperação de toxicod dependentes, tendo como foco os erros de comportamentos e não o próprio indivíduo, que não é literalmente expulso podendo ele escolher entre o castigo ou ser expulso tendo uma opção. (TINOCO, 2006, *apud* BROEKAERT, 1997, p.24) reforça ainda que apesar de ter características semelhantes a Synanon a Daytop mostrava-se um pouco mais humanizada, e criou algumas técnicas próprias, utilizando da hierarquia com um nível de flexibilidade.

De acordo com Fossi e Guareschi (2015) a Desafio Jovem surgiu no Brasil em 1968, na cidade de Goiânia como uma das primeiras CTs e estavam entrelaçadas com as igrejas evangélicas e católicas, sendo que a Desafio Jovem estava diretamente ligada e embasada a um movimento de viés religioso evangélico.

Outros autores como Queiroz (2001) apontam que as CTs surgiram na Inglaterra, em 1959 por Maxwell, objetivando ser parte de um processo de reforma hospitalar, que seriam utilizadas medidas democráticas, participantes visando à coletividade administrativa, para que isso acontecesse. Maxwell propôs um modelo de terapêutica ativa ou terapia ocupacional, envolta no mito de que o trabalho viria a recuperar e socializar o indivíduo tornando-o produtivo. O mesmo autor apresenta outra proposta que se fundamentava na relação dos pacientes por meios de grupos, para que se debatesse e discutisse sobre os problemas enfrentados sendo os grupos facilitadores da ressocialização, e assim compreendendo o objetivo da comunidade desfazendo o modelo hospitalar considerado “segregador” e “cronificado”. Já Perrone (2014) enfatizam que a proposta das CTs surgiu na segunda metade do século passado, momento em que também se realizava um movimento mundial em prol da saúde mental que seria a Reforma Psiquiátrica, e passou a ser chamada e conhecida segundo a Organização Mundial de Saúde (2011) como Comunidade Terapêutica a partir da Resolução 101 de 30 de maio de 2001 que normatizava e estabelecia as regras e normas para seu funcionamento e que pontua fortemente os tratamentos residenciais e ainda as Comunidades Terapêuticas.

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

§ 1º Os Serviços de Atenção em Regime Residencial são os serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

§ 2º As Comunidades Terapêuticas são entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos desta Portaria. (BRASIL, 2012 p. 2)

Neste momento da pesquisa é importante que se tenha bem esclarecido a definição de CT e a legitimidade que essa instituição tem perante o Estado e a comunidade, desde que se obedeça as normas instituídas.

Ainda pontuando em relação ao surgimento das CTs Damas (2013) traz que no percurso histórico objetivando à partir de suas observações clínicas tratar as neuroses de soldados ingleses em guerra, Maxwell Jones surge na década de 1950 com as comunidades terapêuticas. As CTs tinham como alicerces terapêuticos algumas propostas que eram voltadas para campos como educação, encenações,

podendo estas serem dramáticas e também discussões sempre em propostas grupais. (DAMAS, 2013 *apud* JONES, 1953, p. 52). Já outro autor traz outra possibilidade de surgimento das CTs e acrescenta ainda as suas atribuições diante do papel que se propõem a desenvolver.

As CTs foram criadas em 1979 com o intuito de dar uma resposta aos problemas provenientes da dependência de drogas, possuindo assim um ambiente que necessariamente é livre das mesmas e uma forma de tratamento em que o paciente é tratado como o principal protagonista de sua cura. Trata-se de um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades. Toda estrutura é para que o paciente se situe totalmente no tratamento, sendo assim, o trabalho intenso, tanto pela equipe profissional, quanto pelos pacientes. (POZAS, 1996 *apud* SABINO E CAZENAVE, 2005 p. 3).

Podemos perceber que a data e o motivo do surgimento das Comunidades Terapêuticas não são de total acordo entre os autores.

Segundo Perrone (2014) no Brasil com o aumento dos problemas relacionados às drogas e sem políticas públicas que conseguissem conter o problema voltado para a questão, proliferou-se instituições com propostas de internações com intenção de serem CTs. Diante desta brecha do governo que deixou uma grande lacuna por falta de políticas públicas que atendessem a problemática, é que cresceram e ganharam espaço no Brasil as Comunidades Terapêuticas.

4.2 O QUE SÃO AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A QUE SE DESTINAM?

Todas as instituições possuem atribuições e finalidades, neste sentido o que se pretende é apontar e especificar as finalidades que se destinam e ainda trazer a conceituação literária dada as Comunidades Terapêuticas no Brasil.

As Comunidades Terapêuticas na concepção de Costa(2009) são tidas como instituições não governamentais, surgiram no Brasil acerca de 40 anos e cresceram de forma grandiosa, mesmo antes de existirem programas e projetos específicos voltados a atendimentos a dependentes químicos, com propostas que podem variar de acordo com a instituição, tanto em níveis ideológicos, religiosos e políticos,

podendo ser de apoio com grupos de ajuda até a tratamento medicamentoso, partindo do ponto de uma abstinência total, trazendo várias alternativas de perfis de CTs. Filho (2012) pontua que as CTs oferecem atendimentos a dependentes químicos em ambiente não hospitalar e surgiram antes de existir providências políticas e públicas de atenção voltada ao dependente químico. São firmadas como instituições não governamentais em nível orientação, técnico e profissional e sua principal ferramenta terapêutica é a relação e convivência entre os habitantes. Em relação a socialização dos internos das Comunidades Terapêuticas (POZAS, 1996, *apud* CAZENAVE E SABINO, 2005 p. 3) afirmam que as CTs tem como objetivo a reabilitação social e ainda abarcando intervenções em locais fora das CTs, com visão além dos possíveis resultados de um tratamento. É importante salientar que “o tratamento, se concentra no fortalecimento físico, psíquico e espiritual, para que o usuário se mantenha abstinência pelo maior tempo possível” (COSTA, 2009, p. 5)

De acordo com Sabino e Cazenave (2005) as CTs se embasam na ajuda mútua, utilizando a metodologia de os pacientes que estão lá a mais tempo no tratamento e com um maior período de tempo sem utilizarem drogas, auxiliem os novos pacientes. O que se questiona é até que ponto o atendimento de um profissional não especializado pode vir a ser suprida por outro interno, pois os dois necessitam de atendimentos e talvez precise de um tipo de direcionamento maior e até mesmo específico. Os mesmos autores reforçam que esta situação não ocorre em todas as instituições.

“É necessário destacar como não há possibilidade de restringirmos o termo “Comunidades Terapêuticas” a uma só ideia, percebe-se que homogeneidade não é característica dessas instituições”. (MAURER, 2014, p 28), pois elas não possuem ainda um manual geral abarcando todas as características e aspectos que possa padronizar e vir a oferecer padrões especificamente próximos.

Parafrazeando Abeijon (2008) o indivíduo deve concordar com o tratamento para que a Comunidade Terapêutica possa intervir. O autor afirma que é passado o momento em que se entendia que o isolamento dos pacientes do contexto social era o melhor, pois se deve entender e refletir sobre a importância do interior e do exterior do paciente, abarcando não só os aspectos sociais e individuais, mas também os contextos sociais em que está inserido e familiar. Sendo que a CT deve trabalhar com este sujeito não só seu interior mas intervir em tudo que faz parte de sua vida e

que o rodeia, levando ações que possam abranger os problemas do paciente e estimular sua capacidade de mudança diante dos problemas enfrentados.

Damas (2013) afirma que grande parte das CTs no Brasil estão situadas na área rural como sítios e fazendas, utilizando de procedimentos diferentes entre si nos atendimentos a dependentes químicos, algumas utilizam de atividades laborais como base de seus trabalhos, já outras utilizam de método religioso, espiritual e ainda outras atuam no modelo médico assistencialista, utilizando como abordagem principal em seus trabalhos a psicologia. Se diferem ainda, pois algumas CTs atendem grupos específicos, podendo ser separados em grupos como homens, mulheres, adolescentes etc. Afirma ainda que alguns aspectos se destacam nas CTs no Brasil, como por exemplo o fato de que as instituições não contam com profissionais de limpeza e manutenção, esse papel acaba sendo feito por internos e “apontados” como processos terapêuticos vinculados às normas da instituição e nos relacionamentos interpessoais.

Os autores (BAPTISTA NETO, 2006 *apud* DAMAS, 2013 p. 54) nos traz que o padrão de instituição das Comunidades Terapêuticas, alicerça seus processos terapêuticos na afetividade, na possibilidade de ressignificação de si mesmo e de seus relacionamentos de objetivos para sua vida, que podem advir da influência dos grupos, alterar características de caráter e de personalidade do indivíduo. Por esses motivos as CTs acabam sendo escolhida como procedimento de tratamento para menores infratores e dependentes químicos. Uma Comunidade Terapêutica adequada segundo os autores é envolta em coesão interna, onde todos os processos e momentos de seguir de forma harmoniosa, com intuito de serem terapêuticas, com o objetivo de alterar o significado que o paciente possui em seu contexto social.

Parafraseando Damas (2013) o público alvo que tem buscado por esse perfil de tratamento como os das CTs são pessoas que apresentam um grau maior de dependência, e com problemas de ordem social como pobreza, desemprego, baixo grau de instrução, problemas familiares etc. No Brasil as CTs com o passar do tempo, foram instaurando padrões e teorias próximas das originais do modelo de CT, algumas atuam com profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos etc. Porém nem todas as CTs atentam e atuam da maneira desejada predominando aspectos negativos como instigação religiosa, trabalho abusivo e gestões que priorizam os lucros e ganhos secundários e não o indivíduo.

As Comunidades Terapêuticas abrangem um espaço significativo no que se refere ao atendimento ao dependente químico. De acordo com informações da Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) no Brasil existem 1900 CTs, cadastradas, sendo que cerca de 300 estão sendo financiadas pelo governo federal, no círculo do programa “Crack: é possível vencer”. Mostrando números de grande relevância que mostram a amplitude da demanda propostos por estes espaços, sendo que grande parte se encontra na região Sudeste (41,77%) no Sul (25,57%) já a região Norte apresenta um percentual bem menor de (7,37%). (SENAD *apud* SANTOS 2014 p. 43). Podemos perceber que a demanda é variante de acordo com cada região, porém os números são bem expressivos e nos mostra a discrepância entre algumas regiões, neste quadro cabe lembrar que este programa não está instalado no norte.

Segundo Sabino e Cazenave (2005) diante de toda a demanda crescente no Brasil de pessoas que precisam de tratamento a (ANVISA) e o (SENAD) criaram uma resolução com o intuito de regulamentar os trabalhos das CTs no país. O mesmo autor diz ainda que no Brasil na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) existem mais de 80 CTs filiadas, o que nos mostra que grande parte delas não se vincularam e FEBRACT. Porém o que levanta a preocupação são as CTs que atuam clandestinamente, que a ANVISA, determinou prazo para a normatização e legalização através da resolução RDC n°101 de 30 de maio de 2001, a partir de 2003, sendo submetidas aos conselhos estaduais, municipais, e a Vigilância Sanitária.

Hoje no Brasil a Resolução vigente principal e mais atual trata-se da Resolução da ANVISA a RDC n° 29, de 30 de junho de 2011, que pontua os requisitos necessários para o funcionamento das instituições que se propõe a prestar atendimentos a pessoas com transtornos vinculados ao uso e/ou abuso de substâncias psicoativas. Sendo que como pontua o CONAD o acolhimento feito nessas instituições é de caráter voluntário. Esta Resolução traz em seu contexto as adequações necessárias para o funcionamento das CTs no Brasil. Nessa pesquisa irá se dialogar com o que propõe esta RDC e as realidades práticas no Brasil, que traz em seu discurso que:

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, nos termos desta Resolução. (ANVISA, 2011)

Uma das dificuldades encontradas gira em torno desse aspecto, pois nem todas as Comunidades Terapêuticas trabalham com a convivência entre os pares diretamente. “Ainda que não se possam apontar características que estão presentes em todas as instituições, há certo padrão de atendimento na maioria delas.” (MAURER, 2014, p. 28) embasado no modelo inicial de CTs. Alguns autores trazem de forma incisiva os pontos negativos encontrados em várias CTs, que podem vir a desrespeitar o paciente em diversas esferas, como social, sexual, familiar, e ainda ferindo o livre arbítrio do sujeito e os direitos humanos.

Quando falamos em comunidades terapêuticas é importante entendermos que ela atua em diversos aspectos do indivíduo e existem muitos desencontros em relação a alguns pontos que iremos enfatizar no decorrer da pesquisa. Maurer (2014) pontua que as CTs afirmam que para a recuperação dos dependentes químicos é necessário a espiritualidade, e que essa entra em divergência em relação à questão religião e ciência. O mesmo autor afirma ainda que o perfil religioso seja uma característica marcante nas CTs, mostrando que as instituições não se atentam em usarem métodos de tratamentos controversos em relação a Reforma Psiquiátrica, usando métodos como a “cura pela religião, pela oração” e quando necessário em crises de abstinência oram e até os trancam nos quartos para que se controlem, o que vem a descumprir e desrespeitar vários pontos da portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012 que dispõem sobre esses aspectos e outros mais.

Art. 6º Os projetos técnicos elaborados pelas entidades prestadoras de serviços de atenção em regime residencial estarão embasados nas seguintes diretrizes: I - respeitar, garantir e promover os direitos do residente como cidadão; II - ser centrado nas necessidades do residente, em consonância com a construção da autonomia e a reinserção social; III - garantir ao residente o acesso a meios de comunicação; IV - garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade; V - respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade; VI - garantir o sigilo das informações prestadas pelos profissionais de saúde, familiares e residentes; VII - inserção da entidade na Rede de Atenção Psicossocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes; e VIII - permanência do usuário residente na entidade por no máximo 6 (seis) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 3 (três) meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado. (BRASIL, 2012, p. 02)

Esses aspectos apontados acima se fazem necessários serem cumpridos e respeitados para que o indivíduo seja respeitado como cidadão e seus direitos em todas as esferas.

Segundo Maurer (2014) outro aspecto marcante em quase todas as CTs são os trabalhos e as obrigações que se reproduzem de várias formas nessas instituições. Utiliza de “laborterapia” sendo essa a mesma utilizada em manicômios e hospitais psiquiátricos envolvendo atividades como limpeza, jardinagem entre outros e ainda trabalhos que visam a geração de lucros para instituição e seus fundadores. De acordo com o mesmo autor as punições que diversas CTs utilizam visam manter o controle sobre os pacientes, abusando da vulnerabilidade do indivíduo e ainda mantendo certo tipo de aprisionamento nas instituições, utilizando ameaças verbais e até mesmo físicas como meio de exigência que se cumpra as ordens impostas, ainda que essas ordens sejam contraditórias as normas de funcionamento das CTs no Brasil. Em algumas instituições aqueles que não querem participar de cultos são castigados com retiradas de suas atividades recreativas.

Em se tratando de sexualidade Maurer (2014) afirma que as CTs incentivam como parte do tratamento a abstinência sexual, onde a maioria das instituições prega três justificativas marcantes: política da instituição, ensejo religioso e apontam ser uma questão de saúde. O autor afirma ainda que não haja diálogos sobre o tema sexualidade e menos ainda distribuição de qualquer tipo de preservativos, em algumas instituições é proibida a visita íntima e ainda a masturbação, abarcando ainda a homossexualidade como uma doença que deve ser tratada. Maurer (2014) relembra que este padrão de exclusão do mundo externo em que os pacientes são submetidos em algumas Comunidades Terapêuticas contraria a proposta e ideia inicial de Maxwell Jones, que tinha o objetivo de manter o paciente em seu meio social em conjunto com o próprio tratamento, e não o isolamento do indivíduo.

Vale reforçar que esses problemas não acontecem necessariamente em todas as CTs, pois existe sim uma parcela que busca se enquadrar nos moldes legalizados. Alguns desses aspectos como a internação involuntária, influência religiosas, privação de contato com a família, orientação sexual, e o cárcere fechado que impossibilita a saída do usuário da comunidade terapêutica, são erros que passam a ser clarificado a partir da RDC 29 que traz:

Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitido declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico; (ANVISA, 2011)

Filho (2012) afirma que as Federações das Comunidades Terapêuticas estão presentes e ativas em mais de 100 países e distribuídas em cinco continentes, afirma ainda que as CTs tem demonstrado provas de sua eficiência no tratamento para dependentes químicos, sendo as Comunidades Terapêuticas um modelo de auto ajuda, desenvolvida de maneira contrária as práticas psiquiátricas, psicológicas e medicas clássicas. As CTs trazem em seu percurso um alto nível na modalidade de recursos humanos.

No Brasil, as comunidades terapêuticas, em especial nas últimas quatro décadas, têm se multiplicado, como um método prático, acessível e de baixo custo. Estima-se que existam mais de 2.000 CTs, oferecendo tratamento para mais de 40.000 residentes, e conseguindo emprego direto a 10.000 pessoas. Em parceria com a Secretaria Nacional sobre Drogas e com as Federações, está sendo realizado um censo para levantar dados atualizados sobre este importante trabalho das CTs, cuja atuação no Brasil vem desde 1969. (FILHO, 2012, p. 25)

Em uma pesquisa feita no Peru, Fiestas e Ponce (2012) aponta que as evidencias empíricas em relação a eficácia das Comunidades Terapêuticas são escassas, para poder apoiar sua superioridade em relação a outros tipos de tratamentos com dependentes químicos como atendimentos ambulatoriais, e ainda dependendo do nível de consumo, alguns permanecem no tratamento, mas acaba tendo que lhe dar ainda com desemprego, quando saem das instituições. Então podemos perceber que existem poucos estudos que clarificam qual a melhor opção no tratamento para dependentes químicos, deixando assim dúvidas a respeito de sua fidedignidade.

5. O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA RELAÇÃO COM AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Para falarmos da Reforma Psiquiátrica é necessário que se traga um pouco de sua história que de acordo com Gonçalves e Sena (2001) o caminho para esclarecer as incongruências e determinações atuais no percurso da humanidade é o conhecimento histórico dos eventos e fenômenos sociais. De acordo com o mesmo autor a Reforma Psiquiátrica no Brasil em seu percurso histórico possui caráter social, político e econômico que sofreu grandes influências ideológicas de fortes grupos. Para entendermos a Reforma Psiquiátrica se faz necessário compreender a loucura e como ela era vivida e tratada.

Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo as quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. Nestas condições compreende-se a impossibilidade do espaço artificial do hospital em ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir na sua verdade. (FOUCAULT 1982, p. 69)

Em se tratando do movimento da Reforma Psiquiátrica (LUZ, 2008, *apud* PINHO, HERNÁNDEZ E KANTORSKI, 2010, p. 3) a entende como um movimento que abrange as seguintes características: jurídica, política, social e ainda cultural com intuito de reorganizar técnicas e práticas incongruentes em seu percurso histórico, sobre a loucura, ou seja, com o intuito de perpassar o modelo que se engajou da medicina científica na era moderna, momento em que a loucura é vista no âmbito de doença mental e por esse motivo tem-se um discurso de tratamento e internação em instituições apropriadas.

Amarante (SALES, DIMENSTEIN, 2009 *apud*, AMARANTE 2003 p.278) afirmam que foi no final da Segunda Guerra Mundial é que inflaram no mundo os movimentos contra o modelo asilar dominante em relação à atenção aos portadores de transtorno mental. O mesmo autor aponta o destaque entre esses movimentos a Psiquiatria Italiana, e foi que a partir de sua ideologia que influenciou a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Franco Basaglia em suas propostas terapêuticas focava-se na extinção de métodos de tratamentos de origem coerciva e violenta e

ainda buscou implementar, possíveis direitos civis dos loucos e propunha que a eficácia do tratamento deveria estar voltada para reinseri-los socialmente.

Segundo (COSTA-ROSA 2000 *apud* PINHO, HERNANDEZ E KANTORSKI, 2010, p.3) o louco era tido no modelo asilar de resquícios e herança pineliana, como um ser perigoso, sendo ele descompensado diante de sua própria classe de doente, devendo ser institucionalizado em hospitais psiquiátricos com intenção de purificar-se dos vícios de seus delírios. Nesta proposta o modelo asilar priorizava afastar o doente de todos os seus vínculos sociais, para que com a dedicação total e submissão às regras impostas na instituição e as rotinas do manicômio possibilitasse a reaprendizagem social.

Para entendermos a forma como aconteceu o princípio da Reforma da Reforma Psiquiátrica no Brasil é necessário compreendermos os primeiros movimentos que de acordo com Amarantes (1995) foi em 1978 diante de um momento de redemocratização que nasce, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que virá contribuir ricamente pelas reformas na área de saúde mental. O MTSM aponta inúmeras críticas ao modelo psiquiátrico clássico percebidas na prática das instituições psiquiátricas. Amarantes afirma ainda que o MTSM em busca de compreender o papel social da psiquiatria e de suas instituições, sendo ela além do visto papel médico-terapêutico, articula um pensamento crítico na área de saúde mental, objetivando uma reversão do modelo existente para um modelo que parte de um preceito de desinstitucionalização. Outros autores como Sales e Dimenstein (2009) trazem em seu relato que foi na década de 1980 que no Brasil iniciaram-se inúmeras discussões acerca do modelo de assistência utilizado no tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos o que levou de forma gradativa transformação no modelo existente. A lei que normatizava o tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos no Brasil era antiga e ultrapassada, e utilizava métodos questionáveis. (MOURA, 1987 *apud* GONÇALVES E SENA, 2001, p. 50) afirmam que a legislação ativa no Brasil em 1934 era a mesma predominante no Brasil até o momento antes da Reforma Psiquiátrica que propunha de forma abrangente a hospitalização e o asilamento de pacientes doentes mentais, tinha como objetivo manter a segurança da ordem e da moral pública. Mesmo tendo sido predominante esse modelo hoje é visto e entendido como falido e sua ideologia é desmistificada.

A superação do modelo manicomial encontra ressonância nas políticas de saúde do Brasil que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Observa-se, na reforma psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país. (HIRDES; 2009 p 298)

De acordo com Delgado (2011) a exclusão e a substituição dos manicômios por outros métodos de assistência, vindo a regularizar a internação compulsória veio com a primeira Lei a 10.216 que objetivava a desospitalização e a desmanicomialização que viria a tirar o indivíduo do asilamento. Delgado (2011) diz que esse modelo de hospital fechado que estigmatiza e isola não se justifica mais. A Reforma só desagrade aqueles que utilizam erroneamente o modelo psiquiátrico anterior, e que utilizavam não por motivos psiquiátricos provendo a internações indesejáveis e de desprotegidos ou de poderosos indesejáveis.

De acordo com Amarante (2009) que vem esclarecer que a desinstitucionalização não se limita a nova formulação em níveis técnicos de serviços ou a modernas e novas terapias e sim um processo onde os conceitos são revistos e reestruturados saberes e práticas e a criação de novas relações tornando-se um processo ético-estético, que propõem que novas circunstâncias que produzem novos sujeitos com novos direitos para os mesmos.

Gonçalves, Sena (2001) acrescenta ainda que a Reforma Psiquiátrica tenha duas vertentes principais que são a desinstitucionalização do indivíduo e a exclusão do manicômio e dos protótipos que o sustentam, aonde a substituição gradativa dos manicômios por outros métodos como as práticas terapêuticas vem sendo alvos de discussões assim como a cidadania do doente mental tanto por profissionais que atuam na área da saúde como também em toda sociedade.

De acordo com Hirdes (2009) A desinstitucionalização tem um sentido muito maior do que fomentar a desconstrução do hospício, do manicômio para a comunidade, porém enquanto os manicômios existirem concretamente as ações decorrerá no sentido de demonstrarem que estes aparatos não se findam neste momento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005) os movimentos sociais instigados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado que surgiram a partir de 1992, e a partir de então foram aprovados em diversos estados no Brasil às primeiras leis que asseguram a troca gradativa de leitos psiquiátricos pela proposta de atenção de saúde mental atuando com uma rede integrada. E a partir deste momento onde a Reforma Psiquiátrica está sendo delineada em suas diretrizes pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde (2005) clarifica ainda que foi na década de 90 onde o Brasil assina o tratado de Caracas e que acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, é que ingressa no país as primeiras regras federais com intuito de regulamentar a implantação de serviços voltados para a atenção diária que seriam o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e ainda se concretizaram as primeiras que visavam fiscalizar e classificar os hospitais psiquiátricos.

Segundo Amatante e Diaz (2012) a Reforma Psiquiátrica foi criada como uma política pública do Estado e é normatizada como citamos anteriormente pela Lei nº 10.216 e das inúmeras portarias inseridas pelo Ministério da Saúde. Este projeto se apresenta e abarca pelo modelo comunitário utilizando diversas ferramentas institucionais como: o CAPS que funciona como ordenadores de rede; o programa de De Volta para Casa que se propõem a reinserção de usuários que passaram longo tempo internados em hospitais psiquiátricos; os leitos em hospitais gerais para casos mais graves; e a edificação de uma política pública intersetorial para álcool e drogas e ainda para crianças e adolescentes; a relação com a rede básica de saúde; trazendo como implicação a redução dos leitos psiquiátricos.

Dimenstein e Sales (2009) acrescentam que essas ferramentas pretendem atuar no âmbito de cuidados em saúde mental no aspecto de atendimento integral e territorial que prioriza a permanência do sujeito na comunidade, que facilita a criação de vínculos firmes e a garantia dos seus direitos de cidadão. O mesmo autor afirma que uma mudança desta amplitude e nível, traz diversos desafios e ações intersetoriais, o que levanta uma questão importante diante desse novo modelo na área da saúde mental da contemporaneidade que são os modos de trabalho com a loucura.

Segundo Amatante e Diaz (2012) um dos aspectos mais marcantes das políticas públicas acerca da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização e que tem reflexos na sociedade pelos aspectos econômicos, afetivos e ideológicos que

causam. Diante de todas essas mudanças provocadas a partir do descrédito conquistado por lugares de segregação, as mudanças que foram acarretadas no modelo de saúde mental como expressão de outra política mostra-se mutável, cheio de conflitos, de tensões, momentos difíceis e ainda de possíveis escorregões. Para o autor um sistema é visto como ultrapassado quando ninguém mais é por ele e nem o defende, dizendo ainda que essa não é o que diz respeito a Reforma Psiquiátrica brasileira, onde essas mudanças ainda hoje trazem alguns questionamentos e alguns debates.

Diante desse contexto vale ressaltar que sempre será necessário um olhar apurado no que diz respeito a atendimentos ligados a saúde mental para que as informações não sejam deturpadas e sim fidedignas.

Nem todos os problemas humanos são psiquiatrizáveis ou psicologizáveis. A humanização do tratamento do doente mental não convive com o tratamento psiquiátrico sem necessidade. Nem produz lei médico-social para competir com a prerrogativa das organizações e instituições de caráter social. A reforma tem forte sentido cultural, mas essencialmente tem sustentação técnica e científica, e na evolução da medicina compreendida socialmente. A designação de doente mental ainda produz estigma sem estima, como são igualmente estigmatizantes as estratégias farmacológicas e hospitalocêntricas com seu procedimentos e dosagens brutais e inadequadas. Crimes e erros do mau tratamento que querem apaziguar a sociedade, recalçando a personalidade e os ritmos de homens e mulheres diferentes. A psiquiatria não foi feita para confrontar e punir a personalidade e suas manifestações múltiplas, transformando as em sintomas da loucura. Da mesma maneira o avanço técnico não deve servir para desintegrar o paciente diante do saber médico e de seus medicamentos. A camisa-de-força literal ou química deve ser abolida. (DELGADO; 2011, p. 4703)

6. O POSICIONAMENTO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA PERANTE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

Neste capítulo iremos abordar os apontamentos levantados pelo Conselho Federal de Psicologia em relação ao funcionamento das comunidades terapêuticas, para entendermos os motivos do posicionamento contrário a legalização do funcionamento dessas instituições, traremos as publicações do CFP e suas alegações no que tange diz respeito às comunidades terapêuticas, partindo de uma

lógica guiada pelo percurso histórico que vem desenvolvendo este conflito guiada por suas publicações.

Em uma notícia publicada pelo CFP (2011) intitulada CFP participa da Primavera da Saúde e pede continuidade da Reforma Psiquiátrica realizada em setembro de 2011, o Conselho Federal de Psicologia contribuiu reivindicando o tratamento dos usuários de drogas com cidadania, em meio aberto, sem internação e sem segregação, pedindo a continuidade do processo da Reforma Psiquiátrica antimanicomial em curso no Brasil. A manifestação trouxe também seu posicionamento contrário ao financiamento das CTs com verbas do Sistema Único de Saúde (SUS) pois o CFP compreende que a forma de isolamento que essas instituições trabalham do mesmo modo que os manicômios gerando mais dor, sofrimento e ainda violam os direitos humanos.

Na Carta à Comissão Intergestora Tripartite (CIT) oCFP (2011) reconhece a validade social das comunidades terapêuticas a partir de sua condição de serem iniciativas autônomas, advindas da sociedade diante do espaço deixado pelas políticas públicas para atendimento aos usuários de álcool e drogas. O CFP afirma que colocar as CTs no campo de saúde violará o SUS e a Reforma Psiquiátrica, trazendo à tona a segregação no tratamento. Sendo assim oposto aos serviços que substituíram o modelo anterior que era de ato cruel e de aspecto mercantil na área da saúde, ao privatizar parte dos recursos de assistência. Enfatizando ainda que a busca por uma CT, deve partir de uma opção do indivíduo e não ser ofertada como política pública e não como um retorno do Estado à sociedade.

Já em outra notícia publicada pelo CFP (2012) intitulada Nota da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos sobre informações publicadas na matéria do Jornal Correio Braziliense: Gleisi, Padilha e o pastor, a Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos (FNDDH) reafirma que as CTs, ferem as deliberações impostas nas Conferências de Saúde e de Saúdes Mental, reforçam que são contrários ao financiamento público das Comunidades Terapêuticas e a sua inclusão na rede do SUS, pois estas instituições não colaboram com os princípios do SUS. Ainda nesta publicação traz que essas instituições intituladas CTs foram denunciadas em todo o Brasil no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos do Sistema Conselhos de Psicologia: “Locais de internação para usuários de drogas”, onde concluíram diversas violações dos direitos humanos, sendo que essas instituições têm suas práticas fundamentadas em princípios religiosos, em função dos grupos

que estão vinculados. Ainda vale recordar que o Estado brasileiro é laico devendo se respeitar esta condição principalmente nas políticas e serviços de atenção.

O CFP (2013) publica “Saúde pública: Nota questiona verba às Comunidades Terapêuticas” aponta que o financiamento das CTs é um retrocesso no âmbito da Política Nacional de Drogas no Brasil, que traz grande alusão ao preconceito e à exclusão social de grupos marginalizados socialmente e ainda pontua que as CTs não trazem nenhuma proposta terapêutica de tratamento. Em nota publicada o CFP (2013) traz um parecer que essas instituições além de não utilizarem ou constituírem dispositivos de saúde pública, não são facilitadores e nem passíveis de controle social.

As Comunidades Terapêuticas, portanto, são instituições não monitoradas, fiscalizadas e/ou reguladas pelo poder público e, via de regra, não dispõem de qualquer recurso terapêutico. Nelas, é comum a interceptação e violação de correspondências, a violência física, os castigos, as torturas, a humilhação, a imposição de credo, a exigência ilegal de exames clínicos, como o teste de HIV, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade etc. Essas foram as constatações advindas da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, coordenada pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do CFP, envolvendo vinte Conselhos Regionais de Psicologia e algumas outras entidades e que fazem parte do documento publicado pelo (CFP, 2011).

O CFP (2013) intitula publicação “Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão lança orientações sobre comunidades terapêuticas”, por meio da COPEDS (Comissão Permanente de Defesa da Saúde) lançou, no dia 4 de novembro, quatro circunstanciados que determinam o papel e a atuação das comunidades terapêuticas sendo eles:

- As comunidades terapêuticas não serão consideradas estabelecimentos de saúde mental quando não oferecerem qualquer tipo de atendimento médico ou psicológico, por equipe interprofissional, por não se enquadrarem nas prescrições dos arts. 3º, 8º e 9º da Lei nº 10.216/2001 (Lei Antimanicomial).
- Os recursos eventualmente repassados pelo poder público às comunidades terapêuticas, que não se enquadrem nos requisitos da Lei 10.216/2001, pelo fato de estas não realizarem ações de saúde tipificadas como tais, pela Lei Complementar 141/2012 e pelo art. 7º da Lei 8.080/1990, não podem integrar o conjunto de rubricas orçamentárias relativas ao Sistema Público de Saúde.
- A celebração de quaisquer vínculos com as comunidades terapêuticas pelo poder público exige que estas, previamente à celebração, comprovem atender os regulamentos nacionais de vigilância sanitária pertinentes a esse tipo de entidade, representados atualmente pela RDC Nº 029/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, eventualmente por normas que a sucedam.

- Eventuais normas estaduais ou locais que regulamentem os requisitos a serem cumpridos pelas comunidades terapêuticas para o recebimento de repasses financeiros pelo poder público não podem atenuar as exigências das normas nacionais de vigilância sanitária que tratem dessas entidades, em face dos termos do art. 16, inciso III, alínea “d” da Lei nº 8080/90, que concedem à União a competência de estabelecer regras gerais a respeito da matéria. (CFP, 2013, p.1)

Diante desta definição o CFP (2013) se manifesta mais uma vez contrário a vinculação das Comunidades Terapêuticas ao SUS pelos motivos já apontados, e relaciona a instituição na contramão da Lei 10216/01 que se põem em relação a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e reformula o modelo de assistência em saúde mental.

Em análise a minuta de regulamentação das Comunidades Terapêuticas o CFP (2015) publica matéria intitulada “CONAD inicia análise da minuta de regulamentação das Comunidades Terapêuticas: Ministério Público Federal (MPF) declarou que a matéria já estaria regulada, por meio do SUS e pela Anvisa, e que o Conad não teria legitimidade para regular a área”. O CONAD e o CFP também pontuam sua contrariedade à expansão das CTs, para o conselho a proliferação espessa das Comunidades Terapêuticas, tem sido apontada por alguns estudos contemporâneos como um indicador de escasso financiamento, da ampliação, organização e habilitação das redes de saúde e assistência social para o cuidado de pessoas que são usuários de drogas. O CFP (2015) ainda participou da discussão da resolução das CTs visando também a garantia dos direitos humanos, respeitando de maneira uniforme as diretrizes e normas já existentes nas redes de saúde e de proteção social, com a tentativa de incorporar nestas instituições práticas que tenham seus embasamentos em dados científicos e éticos, que devem estar presentes na atuação dos profissionais psicólogos. Entre as sugestões do CFP (2015) encontrar-se o abarcamento da estratégia de redução de danos; a formação de equipe de atendimento; pontos especiais de atendimento aos menores de 18 anos; a proibição de práticas, arquiteturas que envolvam o modelo prisional.

Em nota publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (2015), com título “CFP e o Conselho Federal de Serviço Social(CFESS) se mostram contrários às comunidades terapêuticas: Representantes das autarquias expuseram ponderações em reunião do Conselho Nacional de Saúde(CNS)”, mantêm seus posicionamentos contrários à legitimação e financiamento público das CTs, que está disposta na minuta de Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. O Conselho

Federal acrescenta ainda que a forma ou proposta de tratamento vise maquiagem como efeito ou mesmo cura da dependência a construção de um indivíduo culpado e inferior, onde se trocam a dependência química por uma provável submissão ao ideal, tendo-os como inferiores e submissos os indivíduos que são tratados. O CFP (2015) nesta mesma publicação levanta ainda outro ponto a ser analisado, é que a maioria destes locais não existe funcionários, somente contam com pastores obreiros e religiosos sendo constante que a maioria seja ex usuários convertidos. Em se tratando de profissionais de saúde como médicos, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos quase nunca tem, e quando tem estes precisam atuar abaixo de um cunho religioso e moral. Levantou-se também a falta de higiene e trabalhos na instituição sem remuneração (laborterapia), a diferenciação entre pacientes que trazem recursos financeiros com aqueles que não os tem.

Neste sentido CFP (2015) fez uma publicação cujo o título “CFP defende realização de pesquisa para avaliar eficácia do modelo de acolhimento em Comunidades Terapêuticas: A posição foi defendida durante a Reunião Ordinária do CONAD”, que afirma a necessidade da criação de uma ouvidoria com intuito de receber denúncias de violação dos direitos humanos nas instituições ditas CTs, pede ainda por uma pesquisa que abarque uma avaliação deste modelo tratamento, levando em conta que em informações concedidas pelo SENAD , mostram que quase 75% dos acolhidos , através de financiamento público, não se mantiveram no prazo previsto inicialmente. Essa pesquisa pode vir a respaldar e esclarecer as causas dos abandonos dos tratamentos, e notando ainda a possibilidade de focalizar o custo benefício do modelo proposto.

Em nota publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (2015) entregou um documento nomeado “Posicionamento do Conselho Federal de Psicologia” ao CONAD no ano de 2014, expressando clara e amplamente alguns dos seus “porquês” contrários a estas entidades. Neste documento estão presente fortes críticas ao texto da minuta da Resolução 1/2015 do CONAD, críticas que requerem a garantia dos direitos humanos e visam a saúde do dependente químico bem como a de seus familiares que utilizam os serviços prestados por essas entidades.

Preocupa a esta entidade a não incorporação das sugestões apresentadas, como quanto ao tempo máximo de acolhimento. A proposta do documento do CFP foi de que este não deveria exceder 90 dias, mas a resolução aprovada estipulou um período máximo de 12 meses para o tempo de acolhimento. Tal medida contraria os princípios da Reforma Psiquiátrica e

constitui-se em um incremento à institucionalização e seus malefícios, como demonstrado por estudos e pesquisas. (CFP, 2015 p.2)

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2015) vale levar em conta outro ponto de grande relevância envolto em discordância, trata-se do critério de arranjo das equipes profissionais que atuam nesses serviços, que no artigo 6º da Resolução nº 1/2015, que pontua como alçada das Comunidades Terapêuticas ofertadas no Programa de Acolhimento e funcionamento pleno dessas entidades, sendo necessário e abarcando a responsabilidade a um profissional de nível superior que esteja legalmente habilitado para desenvolver o trabalho proposto, e ainda um profissional substituto que obtenha a mesma qualificação. O conselho Federal de Psicologia atua em defesa do emprego da Portaria nº 251/GM, de 31 de Janeiro de 2002, que objetiva estabelecer as diretrizes e normas para o âmbito de saúde mental como um critério a ser abraçado em se tratando da composição das equipes multidisciplinares das Comunidades Terapêuticas. O Conselho Federal de Psicologia ressalta ainda que o texto contido na resolução é insuficiente, e pode comprometer o nível de qualidade da fiscalização dos serviços dispostos.

Outra sugestão do documento de referência do CFP sobre o tema é referente ao acolhimento de transexuais e travestis. A proposta é de que é necessário que se deixe livre a escolha referente ao quarto em que desejam ficar (se masculino ou feminino) e que seja obrigatório se referir ao acolhido, se esse for o seu desejo, por meio de seu nome social. (CFP, 2015 p.2)

O Conselho Federal de Psicologia (2015) em outra publicação intitulada Comunidades Terapêuticas: Este órgão de classe lamenta que as contribuições da ciência e da prática profissional da Psicologia tenham sido desconsideradas, mas se disponibiliza para o diálogo e a reflexão sobre o tema”, afirma que o texto das Resoluções (RDC) 101/2001 e 29/2011 da ANVISA se mostram insuficientes em relação a fiscalização e monitoramento das atividades desenvolvidas por essas instituições, pontuando que se financiadas com verba pública, é dever da instituição que financia fiscalizar as mesmas, e ainda que denúncias que cheguem ao CONAD, devem ser notificados os órgãos competentes e denunciar a instituição, o que para o CFP gera distanciamento da sociedade em fazer denúncias o que através da ouvidoria proposta agiria como facilitadora que garantiria uma via direta com a comunidade. O Conselho Federal de Psicologia (2015) nesta mesma publicação citada acima reflete ainda sobre a capacidade do SENAD e dos conselhos estaduais

e municipais de políticas sobre drogas em fazer com que se cumpra a Resolução nº 1/2015 do CONAD, em função da escassez de funcionários disponíveis nesses órgãos, e ainda levando em conta falta de qualificação no que diz respeito a técnica sobre essa temática.

Em se tratando de dependentes químicos o CFP (2013) aconselha que estes indivíduos sejam encaminhados ao CAPS, consultórios de rua e as políticas de redução de danos como a uma alternativa possível e humanitária a este tipo de tratamento, devendo ser feito com cuidado, respeito e ainda acolhimento interdisciplinar aos usuários de saúde mental.

CONCLUSÃO

Diante de todos os apontamentos e estudos obtidos nesta pesquisa a respeito da temática proposta – As comunidades terapêuticas e o Conselho Federal de Psicologia - é importante salientar que tenhamos considerações a respeito das comunidades terapêuticas, do Conselho Federal de Psicologia e da Reforma Psiquiátrica que está no cerne das discussões, com o intuito de discutir e elevar considerações pertinentes a legalização das Comunidades Terapêuticas no Brasil.

Ao dialogar entre Comunidades Terapêuticas e Conselho Federal de Psicologia surge a reforma psiquiátrica como ponto traumático no enlace a legalização das instituições. Este cerne que aparece nas contraversões apresentadas pelo CFP é de grande relevância para entendermos os questionamentos e desencontros no que se refere as Comunidades Terapêuticas.

Segundo Perrone (2014) ao passar pela Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial no Brasil, no que diz respeito ao atendimento em Saúde Mental, abriu-se um espaço amplo e necessário para a humanização nos atendimentos, levando em conta a individualidade e a cidadania dos sujeitos usuários destes atendimentos, a partir de então foram fechados inúmeros hospitais psiquiátricos, e abertas vagas para atendimentos em setores de atenção primária em saúde, fora de o ambiente hospitalar. Foi a partir dessas mudanças que surgiram como estratégias o CAPS, NASF, hospitais dia e outros atendimentos que não abarcavam a hospitalização. Em tentativa de haver um diálogo entre comunidades terapêuticas e a reforma psiquiátrica.

A Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012, em seu Art. 9º traz em suma que a entidade prestadora de serviço de atenção em regime residencial estará instalada, e em seu inciso I - estrutura física independente e situada fora dos limites de unidade hospitalar geral ou especializada, inclusive hospital psiquiátrico; e em seu inciso II - local que permita acesso facilitado para a reinserção do usuário residente em sua comunidade de origem. O que é justificado em seu Parágrafo único. O que preconiza que fica vedado o uso de quarto de contenção e trancas que não

permitam circulação do usuário residente pelos ambientes acessíveis da entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial.

Percebe-se que se consideram alguns aspectos questionados como o que diz a cima, onde a estrutura física é modificada, dando uma parcela de autonomia ao indivíduo, e ainda possibilitando ao paciente acesso a seu meio social e familiar. As dificuldades encontradas para que se entre em um consenso em relação ao tratamento a dependentes químicos, são inúmeras, e uma delas, que se entende como um ponto de grande relevância é demanda de usuários que vem aumentando aceleradamente e que necessitam de tratamentos adequados e poucas pesquisas em relação à efetividade de todos os tipos de tratamentos dispostos, tanto no que se referem à eficácia dos hospitais dias, CAPS, Comunidades Terapêuticas entre as outras possibilidades

Perrone (2014) afirma ainda que diante da explosão do consumo de álcool e drogas que se alastrou de forma abrangente nas últimas décadas, e da falta de políticas públicas que se soluciona e abarca-se toda essa problemática o número de Comunidades Terapêuticas cresceram na mesma proporção que os dependentes químicos.

A esse respeito, Damas (2013) acrescenta que as Comunidades Terapêuticas são responsáveis pelo tratamento de maior parte dos usuários, chegando até a um percentual significativo de 80% em algumas regiões. Diante de tais números é importante perceber e entender que a negação a existência das Comunidades Terapêuticas como uma ferramenta que tem sido fortemente utilizada com intuito de atender dependentes químicos seria tão grave quanto que aprová-las e defende-las de maneira radical. Damas traz ainda que a proposta dessas instituições seja sim bem interessantes, que para garantir a eficácia do tratamento é necessário que alguns aspectos sejam observados como a indicação ao tratamento e profissionais de saúde capacitados a receber e atuar com essa demanda, e que a observação e pontuação de obstáculos devem ser um exercício permanente, e que devem abarcar não somente os profissionais atuantes nessas instituições, mas também pelos órgãos responsáveis pela vigilância e pela sociedade de forma geral.

Os apontamentos do CFP são fortemente respaldados no que diz respeito ao viés religioso, fiscalização despreparada e indevida, sem as técnicas necessárias para um olhar detalhado em relação aos direitos humanos e a liberdade do indivíduo enquanto ser potente, quanto a equipe atuante nessas instituições que de acordo

com o CFP, deve ser pautada por profissionais de saúde e utilizados métodos científicos, não obrigando aos usuários dessas instituições a pactuarem e obedecerem às crenças, dogmas, e métodos que venha privar seus direitos de cidadão.

O CFP traz aspectos de grande relevância quanto ao asilamento de dependentes químicos nessas instituições, podendo sim ser um retrocesso em relação aos avanços da Reforma Psiquiátrica, o que torna seus questionamentos coerentes em relação à vinculação das Comunidades Terapêuticas ao SUS. Porém, essa mesma vinculação faz com que essas instituições se mantenham a vista para que a fiscalização e direitos à saúde sejam assistidos com mais potência e eficácia pelos órgãos competentes.

Quando me interessei pelos conflitos em relação ao tema deste trabalho, estava orientada pelas percepções e entendimentos a partir de uma verdade particular, visando sempre e somente a redução de danos e o atendimento via CAPS, como o ideal para o atendimento a dependentes químicos, e depois desta pesquisa percebo a necessidade de um “certo” encontro entre as diferenças de diversas esferas das Comunidades Terapêuticas, com as legislações que amparam o usuário destas instituições, diante da realidade, e da necessidade atual de nosso país. Entende-se que o tratamento dos dependentes químicos deve seguir de forma coesa os princípios do SUS e ainda da Reforma psiquiátrica brasileira, para que possa participar do financiamento de suas atividades pelo SUS.

O financiamento do governo federal a essas instituições deve potencializar a rede a trabalhar em conjunto com um objetivo único. É preciso fiscalizar a verba disponibilizada para essas instituições, para seja investida em Comunidades Terapêuticas que compactuem dos preceitos das legislações vigentes, e por se tratarem em sua maioria de instituições interligadas a princípios religiosos, vale zelar por um Estado laico e democrático, para que sejam respeitadas as diretrizes do SUS, por políticas públicas que respeitem os direitos sociais e os direitos humanos.

Outro ponto de grande relevância, a se constar é a convivência entre os pares, que é um ponto positivo dentro de uma Comunidade Terapêutica, pois aquele que já vivenciam um momento mais brando de sua recuperação, desde que queira, pode vir a ajudar outro novo integrante da comunidade, sendo supervisionado e orientado, pois este ainda é um dependente químico que está em tratamento, porém este trabalho jamais deve substituir o atendimento e tratamento de profissionais

habilitados, que utilizam de técnicas advindas de conhecimentos específicos e possuem um olhar apurado e profissional em relação aos pacientes.

Em sua rotina dentro de uma Comunidade Terapêutica existem muitos pontos a serem reorganizados e estudados, como por exemplo, o trabalho que os internos tem que desenvolver no intuito de colaborarem em sua estadia, pois acredita-se com a pesquisa que deve ser realizado de maneira bem regada e contida pois o trabalho desenvolvido na Comunidade Terapêutica não se deve fazer presente sendo intitulado e regado como tratamento primordial, pois não é, deve por sua vez atribuir obrigações significativas. Em se tratando de produções realizadas pelos internos, para serem comercializadas pela instituição, acredita-se que os internos devem participar dos lucros obtidos, não só no intuito de ser justo, mas também como incentivo a serem vistos entendidos como seres potentes, que podem gerar sua própria renda, vendo significado e possibilidade de recomeço a partir de seu próprio trabalho e lucro.

Outro aspecto que gera bastante conflito se trata da sexualidade do sujeito. Está deve ser respeitada como vimos anteriormente na Lei disposta, mas não somente sua orientação sexual, mas também sua sexualidade ativa como sujeito que deve ser entendida e possibilitada. Em algumas Comunidades Terapêuticas a masturbação é mal vista e tida como pecado sendo por vezes repreendida com punições, o que contraria os direitos pautados em Lei dos internos. Ainda abarcando o aspecto de punições existem em diversas Comunidades Terapêuticas de envolvimento que religioso que em vários casos tem papel norteador dentro de algumas instituições o que também contraria as Leis e normativas, utilizando de preceitos religiosos e obrigando aos internos a estarem compartilhando de suas crenças e quando não recebida pelo usuário da instituição como bem vinda, acabam sendo punidos de alguma forma desrespeito o direito do outro.

Importante salientar que para que as Comunidades Terapêuticas sejam parte da rede de saúde no Brasil é necessário que se entenda e coloquem da mesma forma de laicidade que toda a rede de saúde.

Diante de todas as informações aqui demonstradas entende-se as colocações do CFP, mas também se compreende que diante do aumento de dependentes químicos em nosso país se faz necessário um acordo entre as Comunidades Terapêuticas que abarcam a maior parte dos atendimentos a dependentes químicos no Brasil e os conselhos como CFP, direitos humanos CONAD, entre outros, para

que se aperfeiçoe dentro do aceitável essas instituições, que já desenvolvem um papel de grande relevância em um contexto psicossocial. Uma das ferramentas de maior importância no que diz respeito a manter as Comunidades Terapêuticas dentro do perfil esperado é a fiscalização que deve ser incisiva em todos os aspectos, podendo ser realizada não só pelos órgãos responsáveis, mas também pelas famílias dos internos, pelos próprios internos, pela comunidade, e pelos próprios profissionais de trabalho que ali atuam, para que se possa fazer valer as mudanças impostas nas leis de maneira que respeite todos os aspectos e direitos do cidadão que buscam e precisam desses atendimentos, para que sejam respeitados todos os seus direitos enquanto paciente e cidadão.

Entende-se que esta pesquisa atingiu os objetivos que se propôs ao discutir e pontuar alguns encontros traumáticos entre as Comunidades Terapêuticas e a Reforma Psiquiátrica. Além de perceber a necessidade de pesquisas que discutam esta temática, ainda mais por parte da ciência psicológica. Há escritos, no entanto aborda as falhas e as características negativas das instituições desconsiderando as potencialidades, que a mesma representa. Em se tratando de pesquisas sobre o emocional dos pacientes dessas instituições pouco se encontra materiais publicados acerca do assunto, fazendo-se importante que mais pesquisas sejam realizadas para enriquecer informações que abordem as Comunidades Terapêuticas no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABEIJON, Juan Antonio. **La comunidad terapéutica y la teoría sistémico-relacional.** Espanha, p.1, 2008. Disponível em: <http://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n3_1.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

AMARANTE, Paulo. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro, p. 2, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1995000300024&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 set. 2015.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia.** Florianópolis, v.1, n. 1, p. 1-4, 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998>>. Acesso em: 09 set. 2015.

AMARANTE, Paulo; DIAZ, Sobhie. **Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica.** Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 85-86, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2022/2309>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Brasília, p. 8, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011.** Brasília, p. 4, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 16 set. 2015

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012.** Brasília, p. 3-7, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 16 set. 2015

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP Participa da Primavera da Saúde e Pede Continuidade da Reforma Psiquiátrica.** 2011. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/cfp-participa-da-primavera-da-sade-e-pede-continuidade-da-reforma-psiquitrica/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Carta à Comissão Intergestora Tripartite (CIT)**. 2011. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/carta-comisso-intergestora-tripartite-cit/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos sobre informações publicadas na matéria do Jornal Correio Braziliense: Gleisi, Padilha e o pastor**. 2012. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/nota-da-frente-nacional-de-drogas-e-direitos-humanos-sobre-informaes-publicadas-na-matria-do-jornal-correio-braziliense-gleisi-padilha-e-o-pastor/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Saúde Pública Nota Questiona Verba às Comunidades Terapêuticas**. 2013. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/nota-entidades-questionam-recursos-alocados-na-politica-nacional-de-drogas/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão Lança Orientações Sobre Comunidades Terapêuticas**. 2013. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/procuradoria-federal-dos-direitos-do-cidadao-lanca-orientacoes-sobre-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Conad Inicia Análise da Minuta de Regulamentação das Comunidades Terapêuticas**. 2015. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/conad-inicia-analise-da-minuta-de-regulamentacao-das-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP e CFESS se Mostram Contrários às Comunidades Terapêuticas**. 2015. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/cfp-e-cfess-se-mostram-contrarios-as-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP Defende Realização de Pesquisa Para Avaliar Eficácia do Modelo de Acolhimento em Comunidades Terapêuticas**. 2015. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/cfp-defende-realizacao-de-pesquisa-para-avaliar-eficacia-do-modelo-de-acolhimento-em-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

COSTA, Selma Frossard. **As Políticas e As CTs nos Atendimentos a Dependência Química**. P. 1-11. Disponível em: <<http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/29-As-Pol-Cas-p-Blicas/74732590.html>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

DAMAS, Fernando Balved. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social**. Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-63, 2013. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. **Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Juiz de Fora, p. 2-4, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/19.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2015.

DIMENSTEIN, Magda; SALES, André Luis Leite de Figueiredo. **Psicologia e Modos de Trabalho no Contexto da Reforma Psiquiátrica.** Natal, p. 813-815, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a12.pdf>> . Acesso em: 07 jul. 2015.

DIMENSTEIN, Magda; SALES, André Luis Leite de Figueiredo. **Psicólogos no Processo de Reforma Psiquiátrica: Práticas em Desconstrução?** . Maringá, v. 14, n. 2, p. 278, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722009000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em; 05 set. 2015.

FIESTAS, Fabián; PONCE, Javier. **A eficácia do modelo de comunidade terapêutica no tratamento de problemas relacionados com a utilização de drogas: uma revisão sistemática.** Peru, v. 29, n. 1, p. 13-14, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100003>. Acesso em: 17 out. 2015

FILHO, Lori Massolin. **Comunidades Terapêuticas I.** Ed. Rede e E-tec Brasil: Curitiba, p.3. 2012.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **O Modelo de Tratamento das Comunidades Terapêuticas:** práticas profissionais na conformação dos sujeitos. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 99, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2015.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder.** Organização e introdução de Roberto Machado. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GIL, A. C., **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas S. A, 2010. 29 p.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosangela de. **A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos Sobre o Cuidado Com o Doente Mental na Família.** Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p.50-51, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007>. Acesso em: 07 set. 2015.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 298-301, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0109/saude_mental.htm>. Acesso em: 10 set. 2015.

LOURENÇO, Débora Cristina Larcher de Carvalho. Saúde Coletiva II: CAPSI e CAPS AD. Ed. Rede e E-tec Brasil: Curitiba, p.4, 2012.

MAURER, Janaína Piovezam. **Comunidades Terapêuticas: políticas de drogas e a violação dos direitos humanos**. Curitiba, p.28 , 2014. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/37698/73.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Aprovada norma para Comunidades Terapêuticas**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2011+noticias/aprovada+norma+para+comunidades+terapeuticas>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. **A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?** .Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 569-578, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200569&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 jul. 2015.

PINHO, Leandro Barbosa de; HERNÁNDEZ, Antonio Miguel Bañon; Kantorski, Luciane Prado. **Reforma Psiquiátrica, Trabalhadores de Saúde Mental e a "parceria" da Família: o discurso do distanciamento**. Botucatu, v. 14, n. 32, p.3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100009>. Acesso em: 07 set. 2015.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução**. São Paulo, ano 2009, v.25, n. 2, p.203. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. **Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas**. Brasília, v. 21, n. 4, p. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 ago. 2015.

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Silvia de Oliveira Santos. **Comunidades Terapêuticas Como Forma de Tratamento para a Dependência de Substâncias Psicoativas**. Campinas, v. 22, n. 2, p.3-5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-166x2005000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 set. 2015.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos Santos. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Contornos, funções e objetivos**. P. 43. Disponível em :<http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/1411_17_boletim_analisepolitico_06_cap6>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SILVA, Maika Arno Roeder da. **Comunidade Terapêutica: na mão ou na contra mão das Reformas Sanitárias e psiquiátrica**. Florianópolis-SC, 2013, p. 72. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106996/321219.pdf?sequencia=1>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. **Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos**. Brasília, ano 2010, v. 26, n. 3, p. 539. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000300016&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 21 jul. 2015.

TINOCO, Rui. **Comunidades Terapêuticas Livres de Drogas – da intervenção ideológica a intervenção psicoterapêutica**. V.12, n. 1, p. 22,2006. Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/57/2006_01_TXT3.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2015.