"ENTRE TRANCAS, REZAS E PUNIÇÕES": A REALIDADE DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS E SEUS DESAFIOS EM TEMPOS PANDÊMICOS

Jessica Souza de Farias[1]

Rachel Gouveia Passos[2]

Giulia de Castro Lopes de Araujo[3]

Tathiana Meyre da Silva Gomes[4]

RESUMO

As comunidades terapêuticas brasileiras, existentes no Brasil desde a década de 1960, vem se consolidando na conjuntura brasileira recente marcada pelo avanço do conservadorismo e de uma regressividade civilizatória como principal estratégia do poder público para o enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. O desenho institucional conferido às comunidades terapêuticas pelas recentes normativas demonstra a perigosa tendência de alçá-las ao lugar de centralidade na Rede de Atenção Psicossocial. Nesta direção, destaca-se a ampliação dos incentivos legais e financeiros, especialmente a partir de 2017. Indicamos como analisador do avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas, o crescimento das comunidades terapêuticas que suscita reflexões essenciais a partir da conjuntura de contrarreforma neoliberal e seus desdobramentos em tempos pandêmicos sobre as políticas sociais.

Palavras-chave: Saúde mental; Comunidades terapêuticas; Coronavírus.

ABSTRACT

The Brazilian therapeutic communities, existing in the territory since the 1960s, are currently consolidated as the main strategy of the public authorities to face the harmful use of alcohol and other drugs. Defined as institutions that should supplement the health network, they belong to the Psychosocial Care Network, but not to the Unified Health System, and offer a service based on abstinence and the individual's moral reform. In the last decade, TCs have been the target of strong legal and financial incentives, and during pandemic times, they stimulate essential reflections on public health in the country and the paths that the state's neoliberal counter-reform has been consolidating in encouraging private institutions and the withdrawal of rights basic population.

Keywords: Mental health; Therapeutic communities; Coronavírus.

[1] Universidade Federal Fluminense; Bacharel em Serviço Social; jfarias.seso@gmail.com
[2] Universidade Federal do Rio de Janeiro; Doutora; rachel.gouveia@gmail.com
[3] Universidade Federal Fluminense; Mestranda; giuliaclaraujo@gmail.com
[4] Universidade Federal Fluminense; Doutora; tathianagomes@id.uff.br

1 INTRODUÇÃO

A crise sanitária causada pela pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) impôs ao mundo uma nova realidade. De acordo com dados da Dasa Analytics[1], na data de elaboração deste artigo, o Brasil tem registrado oficialmente 20.651.464 casos de Covid-19 e 576.947 óbitos em decorrência da doença, com uma média de 1.517 mortes diárias. Em comparação com a média diária mundial, que é de 11.223 pessoas, o Brasil é responsável por 7,7% dos óbitos diários na estatística global.

Alguns dados precisam ser resgatados para a compreensão do cenário pandêmico no país, que resultaram nessa porcentagem alarmante de mortes. Os encaminhamentos do Governo Federal frente a pandemia denotaram postura negativista típica do irracionalismo que marca a decadência ideológica burguesa nesta quadra do desenvolvimento capitalista (LUKÁCS, 2020). Diante da posição do Governo Federal, em 13 de abril de 2021, foi criada a CPI da COVID-19, uma comissão parlamentar de inquérito que investiga omissões e irregularidades nas ações do governo federal durante a pandemia.

Neste período, o Ministério da Saúde passou por quatro gestões distintas. A descontinuidade das ações, a desinformação, o negacionismo, o uso de *Fake News* como manobra política, – sobretudo em relação aos efeitos e eficácia das vacinas –, e a ausência de políticas públicas efetivas de enfrentamento a pandemia e de garantia de acesso à saúde de qualidade, compuseram o cenário de reorganização e readaptação das instituições de saúde mental pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) frente às novas demandas impostas, exigindo uma reestruturação dos serviços em consonância com as orientações da vigilância sanitária e em articulação com toda a Rede de Saúde e Assistência dos municípios.

Especificamente nas comunidades terapêuticas, instituições majoritariamente religiosas e filantrópicas (IPEA, 2017) pertencentes a RAPS, mas que não possuem caráter e estrutura de instituição de saúde, o enfrentamento à pandemia evidenciou questões latentes quanto a estrutura, organização e metodologia que precisam ser contextualizadas no bojo do avanço conservadorismo no país e que denunciam a

precarização do cuidado. Neste sentido, o objetivo deste artigo é refletir sobre o impacto da pandemia do novo Coronavírus nas comunidades terapêuticas brasileiras, aprofundando o debate acerca das contradições e disputas que centralizam o atendimento em álcool e drogas atualmente nestas instituições.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

O surgimento das comunidades terapêuticas no Brasil antecede o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, que resultou na criação da Política de Saúde Mental, e na inserção - ainda que tardia - das demandas de álcool e outras drogas. De acordo com Lima (2017), estas instituições iniciaram suas atividades no país no final dos anos de 1960, durante o período da Ditadura Militar, onde as relações institucionais entre Brasil e Estados Unidos se estreitaram. A primeira experiência registrada foi em Goiânia, em 1968, com a comunidade terapêutica Desafio Jovem, que faz parte da *Global Teen Challenge*, contando inúmeras unidades filiadas ao redor do mundo. Esta instituição se difundiu por meio de uma associação e hoje pode ser encontrada em todas as regiões do país, contando inclusive com investimento público das esferas municipais, estaduais e/ou federal.

Por décadas o tratamento direcionado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas foi atribuído à religião e em segundo plano à saúde pública – que à época tinha como resposta os manicômios. Uma relação de complementaridade e disputa, fomentada pela formação social brasileira subordinada aos interesses imperialistas e influência das organizações e ideias religiosas (LIMA, 2017).

As disputas de projetos presentes desde na gênese da Reforma Psiquiátrica impediram que esta fosse efetivada em sua potencialidade máxima, deixando assim espaço para a ampliação de serviços que vão na contramão das bases antimanicomiais, como as comunidades terapêuticas. Passos e Moreira (2017) evidenciam a existência de três projetos distintos, que sempre estiveram ativos e pressionando para que a direção mais radical não prevalecesse. Estes podem ser definidos brevemente como: um progressista, composto por profissionais da saúde

mental, familiares e usuários, em prol de uma direção de superação do modelo manicomial e suas bases; outro composto por psiquiatras que defendem a retomada dos hospitais psiquiátricos e da centralização do tratamento na psiquiatria; e um intermediário, incentivando a superação manicomial na mesma medida em que defende preceitos tradicionais que viabilizam o neoliberalismo.

O ano de 2015 pode ser considerado como um marco temporal do tensionamento dos projetos em disputa que culminou em inúmeros retrocessos que haviam sido conquistados durante o período germinativo da política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, sob direção progressista vinculada aos preceitos da Luta Antimanicomial e da Carta de Bauru. Destaca-se, neste sentido, a nomeação do psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho à Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Além de possuir experiência profissional limitada às clínicas manicomiais, tendo sido diretor-técnico do maior manicômio da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras, localizada no município de Paracambi, no Rio de Janeiro, Valencius é um apoiador e entusiasta do uso da eletroconvulsoterapia, tendo defendido durante a sua gestão o uso de eletrochoques e a retomada da centralização do hospital psiquiátrico no atendimento hospitalar (CFP, 2015).

Houve uma forte mobilização da militância antimanicomial em prol da saída de Valencius do cargo e após cinco meses, em maio de 2016, ocorreu sua exoneração. Pereira (2020) evidencia que os poucos meses de gestão foram suficientes para aprofundar uma agenda neoliberal no interior da política de saúde mental, álcool e outras drogas, de sucateamento da RAPS, estímulo às práticas manicomiais e incentivo à iniciativa privada e à filantropia, tendo as comunidades terapêuticas como foco. Cabe ressaltar que a saída de Valencius da Coordenação Nacional não deve ser enxergada como uma conquista da militância, mas sim como expressão das disputas internas no governo federal pós golpe político, que gerou o impeachment da ex-presidente Dilma Rouseff e a posse de seu vice Michel Temer (PASSOS, 2017).

Os sucessores de Valencius deram continuidade na remodelação da direção política da Coordenação Nacional. Em 2017, o psiquiatra Quirino Cordeiro assumiu o cargo apontando irregularidades na operacionalização da RAPS e afirmando haver a necessidade de reorganizar o atual modelo da política, a qual deveria focar na

ampliação dos leitos psiquiátricos e das comunidades terapêuticas (PEREIRA, 2020). Essa situação foi exposta no relatório apresentado em reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), obtendo apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) as intervenções propostas por Quirino.

Nesse mesmo ano foi promulgada a Portaria GM/MS 3.588/2017, que institui a Nova Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Essa, chamada de "contrarreforma psiquiátrica" por alguns pesquisadores, além de não coadunar com os fundamentos basilares da Lei 10.2016/2001, contraria a as leis 8.080/1990, 8.142/1990, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Entre as principais mudanças, favorece a ampliação dos leitos psiquiátricos e dos recursos hospitalares, a expansão das comunidades terapêuticas e a criação do CAPSad IV[2].

No ano seguinte, por meio da Resolução 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) do Ministério da Justiça, foi aprovado o "realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD" (BRASIL, 2018, p.1). Isso provocou um endurecimento da política, sobretudo com a transferência de sua gestão do Ministério da Saúde (MS) para o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), fomentando ainda mais a "Guerra às Drogas[3]". No mesmo ano foi publicado o Edital 01/2018 pela SENAD/MJ (MS, MT e MDS) destinado ao credenciamento de comunidades terapêuticas para receber financiamento da União.

A Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, publicada no dia 04 de fevereiro de 2019, propõe um conjunto de estratégias que visam o aprimoramento da RAPS fortalecendo o "atendimento no SUS, [e] promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada" (BRASIL, 2019, p. 03), respeitando as bases da Lei 10.2016/2001. No entanto, é importante assinalar que essas modificações não se deram a partir da Nota, e, sim, de Portarias, Resoluções e editais[4] que já vinham sendo implementados desde 2016, sendo este

um registro público do posicionamento do governo federal frente à política (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020).

Em 05 de junho de 2019 foi promulgada a Lei 13.840, que dispõe “sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas” (BRASIL, p.1) e, altera as legislações anteriores no que tange ao tratamento, consumo e tráfico de drogas. Esta trata sobre a lógica da abstinência e traz uma seção específica para tratar sobre a internação em comunidades terapêuticas, que se tornam a principal estratégia de intervenção para as pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

Em dezembro de 2020, tivemos o episódio que ficou conhecido como “revogaço”, que sintetizou em um único ato as projeções para a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas dentro do projeto conservador, liberal e manicomial em que ela está inserida e sendo operacionalizada. Trata-se do vazamento de uma planilha onde organizava-se a revogação de noventa e nove (99) Portarias que estruturam e viabilizam o funcionamento da RAPS, com a participação do Conselho Federal de Medicina e da Associação Brasileira de Psiquiatria (CARTA CAPITAL, 2020). O vazamento dos dados impediu as revogações e resultou na demissão da então Coordenadora-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Maria Dilma Teodoro. Nesse sentido, tentava-se, acabar com a RAPS e, fundamentado nas legislações supracitadas, centralizar o tratamento de transtornos mentais novamente em hospitais psiquiátricos e de usuários de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.

Percebe-se, portanto, o deslocamento das comunidades terapêuticas para o centro da Política Sobre Drogas, dialogando com o projeto de saúde mental manicomial e conservador em curso no país. Mais do que uma reformulação dos antigos manicômios, estas instituições apresentam características muito particulares que garantem a manutenção da ordem vigente e, em tempos pandêmicos, aprofundam os desdobramentos da questão social.

3 TEMPOS PANDÊMICOS E A REALIDADE DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: ENTRE TRANCAS, REZAS E CONTROLE

De acordo com a Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), que regulamenta as comunidades terapêuticas no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), essas instituições podem ser definidas como

> pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características: I – adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sócio familiar e econômica do acolhido; II – ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares; III – programa de acolhimento; IV - oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12 desta Resolução; V – promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa (CONAD, 2015, p.2)

Ainda de acordo com a Resolução nº01/2015 do CONAD, são atribuições das comunidades terapêuticas:

> I – possuir e cumprir seu programa de acolhimento, que também deverá conter as normas e rotinas da entidade; II – somente acolher pessoas mediante avaliação diagnóstica prévia, emitida pela rede de saúde ou por profissional habilitado, que as considere aptas para o acolhimento, em consonância com o disposto no art. 3º desta Resolução; III – elaborar plano de acolhimento singular (PAS), em consonância com o programa de acolhimento da entidade; IV – informar, de modo claro, os critérios de admissão, permanência e saída, bem como o programa de acolhimento da entidade, que devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido; V – garantir a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de preparação para a reinserção social; VI – comunicar cada acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território da entidade, no prazo de até cinco dias; VII – comunicar o encerramento do acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território do acolhido; VIII – oferecer espaço comunitário e de atendimento individual, com acompanhamento e suporte de equipe da entidade; IX – incentivar, desde o início do acolhimento, o vínculo familiar e social, promovendo-se, desde que consentido pelo acolhido, a busca da família; X – permitir a visitação de familiares, bem como acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares; XI – nortear suas ações e a qualidade de seus serviços com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado; XII – não praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida; XIII – manter os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades, admitindo-se apenas travamento simples; XIV – não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os acolhidos ou familiares; XV – não

> submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes; XVI – informar imediatamente aos familiares ou pessoa previamente indicada pelo acolhido e comunicar, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, às unidades de referência de saúde e de assistência social, intercorrência grave ou falecimento da pessoa acolhida; XVII – observar as normas de segurança sanitária, de instalações prediais e de acessibilidade, além de manter atualizadas as licenças emitidas pelas autoridades competentes; XVIII – fornecer alimentação, condições de higiene e alojamentos adequados; XIX – articular junto à unidade de referência de saúde os cuidados necessários com o acolhido; XX – articular junto à rede de proteção social para atendimento e acompanhamento das famílias dos acolhidos, quando do seu ingresso, durante sua permanência na instituição e, também, após o desligamento da entidade; XXI – articular junto à rede intersetorial a preparação para o processo de reinserção social do acolhido; XXII – promover, quando necessário e com apoio da rede local, a emissão dos documentos do acolhido, incluindo certidão de nascimento ou casamento, cédula de identidade, CPF, título de eleitor e carteira de trabalho; XXIII – promover, com o apoio da rede local, além das ações de prevenção relativas ao uso de drogas, também as referentes às doenças transmissíveis, como vírus HIV, hepatites e tuberculose; XXIV – manter equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade, sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado, bem como substituto com a mesma qualificação; XXV – promover, de forma permanente, a capacitação dos membros da equipe que atuam na entidade (p. 5).

Entretanto, segundo os documentos publicados pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP (2018) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2017), após o mapeamento e fiscalização de comunidades terapêuticas em diversos estados no país, constataram que as práticas executadas nessas instituições não coincidem com a proposta expressa nas legislações que as regulamentam, explicitando também a inadaptação destas no projeto de Reforma Psiquiátrica antimanicomial. Além disso, fica evidente a impossibilidade de conceituá-las em um bloco homogêneo, sobretudo pelo fato de muitas instituições não possuírem registros e funcionarem sem nenhum tipo de fiscalização ou vinculação com os demais serviços das redes de Atenção Psicossocial, de Assistência Social e de Saúde.

Algumas particularidades foram encontradas em um número considerável de comunidades terapêuticas, o que permitiu a construção do perfil destas instituições no Brasil. Pode-se dizer que as comunidades terapêuticas brasileiras possuem majoritariamente um caráter asilar[5] (CFP, 2018) e ofertam uma proposta de tratamento baseada no tripé trabalho, na disciplina e na espiritualidade (IPEA, 2017).

O isolamento, a restrição do convívio social e a incomunicabilidade, a restrição de visitas, a dificuldade de acesso a essas instituições - que por vezes estão localizadas em zonas rurais e/ou bairros distantes (PERRONE, 2014) -, os muros, trancas e a retenção de documentos que impossibilita a movimentação pelo território, assim como as irregularidades envolvendo internações involuntárias e compulsórias e o não cumprimento do tempo de internação (CFP, 2018), são algumas violações que desconfiguram o caráter transitório das comunidades terapêuticas e, vem sendo denunciadas ao Ministério Público.

Quanto ao tratamento oferecido, identifica-se também diversos tipos de violações, que ferem os princípios dos Direitos Humanos, da Lei Orgânica de Saúde - Lei n° 8.080/1990 e da Reforma Psiquiátrica - Lei nº 10.216/2001. O CFP (2018) aponta para a ausência de projeto terapêutico singular, violação da liberdade religiosa, exploração do trabalho através da laborterapia enquanto uma ferramenta disciplinadora, cotidiano fundamentado em uma rotina rígida, com imposição de castigos, sanções e indícios de tortura, utilização de métodos de contenção - físicos ou medicamentosos - e baixa interlocução com a rede de saúde presente em um grande número de instituições. Outro ponto importante, também observado, diz respeito aos profissionais que atuam em comunidades terapêuticas. Tanto o IPEA (2017), quanto o CFP (2018) expõem a fragilidade das equipes, que muitas vezes são compostas por voluntários - membros das igrejas nas quais as CTs estão vinculadas e/ou ex-internos - ou por vínculos precários de trabalho.

No que tange à estrutura física das comunidades terapêuticas, entre as 28 instituições inspecionadas pelo CFP (2018), apenas 08 apresentaram ausência de problemas evidentes. As demais, apresentaram condições razoáveis a precárias. Além disso, apresentam, em sua maioria, ausência de equipamentos de segurança e prevenção a incêndio, alvará e vistorias do Corpo de Bombeiros e alvará sanitário.

> Foram verificados problemas sanitários bastante evidentes, tais como banheiros quebrados ou sujos; falta de água quente para banho, ausência de água potável, cozinha sem condições próprias de preparo e/ou armazenamento de alimentos, inclusive higiene e equipamentos; falta de refeitório (CFP, 2018, p.143).

Os dados supracitados situam as comunidades terapêuticas dentro de uma lógica de precarização e manicomialização do cuidado, equiparando-as aos antigos

manicômios, com um tratamento sem comprovação científica de eficácia (BOLONHEIS-RAMOS; BARONI, 2015). Com o estado de calamidade pública decretado em março de 2020 em decorrência do avanço da pandemia de Coronavírus no Brasil e a necessidade de medidas de emergência para o controle da contaminação, ficaram ainda mais latentes as violações cometidas nessas instituições, sobretudo porque estas foram consideradas um serviço essencial através da Portaria 340 de 30 de março de 2020, sendo portanto, autorizadas a funcionar de acordo com as orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde no Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCov) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), e na Cartilha de Orientações para as Comunidades Terapêuticas (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2020).

Embora as comunidades terapêuticas não sejam legalmente reconhecidas como estabelecimentos de saúde, não possuindo insumos necessários e, em sua maioria, médicos na equipe obrigatória, durante a pandemia algumas atribuições clínicas foram direcionadas a elas pelo Ministério da Saúde através dos dois documentos supracitados, que classificam a “dependência química” como uma doença crônica. Cabe ressaltar que para além da falta de estrutura, estas atribuições caminham na contramão de todas as definições e compreensões acerca das comunidades terapêuticas no Brasil, situando-se como um enorme retrocesso no campo da Luta Antimanicomial.

No que tange a organização das instituições, o artigo 5º da Portaria 340/2020 do Ministério da Cidadania, estabeleceu que as comunidades terapêuticas não interrompessem os acolhimentos, propondo uma quarentena de 14 dias dentro das próprias dependências das instituições para novos internos. Em casos de suspeita ou de contaminação por Coronavírus, a orientação é de encaminhamento a uma Unidade de Saúde. Contudo, diante das questões sanitárias expostas anteriormente, parece ser utópico pensar em tal organização tratando-se de um vírus de tão fácil contágio. Para além disso, PASSOS *et. al* (2020) levanta uma questão de suma importância: como é feita a articulação com a Rede de saúde?

A mesma Portaria orienta a suspensão de visitas e realização de atividades externas por todo o período que durar a pandemia de Coronavírus. O isolamento

social, necessário neste momento de pandemia, é um pilar central no tratamento proposto pelas comunidades terapêuticas, não sendo nenhuma novidade no cotidiano dos internos. No entanto, a suspensão de todo e qualquer contato com o mundo externo pode provocar repercussões emocionais, psíquicas e sociais inimagináveis.

O isolamento utilizado como forma de tratamento pelas comunidades terapêuticas, bem como as novas adaptações em tempos pandêmicos, não pode ser comparado ao isolamento social utilizado como medida de prevenção ao avanço da pandemia na medida em que o segundo estabelece estratégias de aumento da qualidade de vida da população, tais como publicações de orientação, como as Cartilhas lançadas pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/ FIOCRUZ), entretenimento através de *lives* e programas de televisão e *streamings*, atendimentos psicológicos online gratuito ofertado pelos Institutos de Psicologia de Universidades Públicas e assistência financeira emergencial.

4 CONCLUSÃO

O avanço da pandemia provocada pelo novo coronavírus impôs uma nova realidade à população mundial. Todos os setores precisaram se reorganizar e aqueles considerados essenciais incorporaram procedimentos de enfrentamento à doença. Em um contexto de conjuntura de crise capitalista, de avanço do neoliberalismo e do conservadorismo permeando a direção política do país, o colapso na saúde é proeminente. Os registros de contaminação e óbito em decorrência do coronavírus continuam constantes.

O estabelecimento das comunidades terapêuticas enquanto serviço essencial e com atribuições de natureza clínica reflete as disputas de projeto em curso no interior da Reforma Psiquiátrica e a direção que a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas têm assumido no pós-golpe, que se alinha a atual gestão do governo federal.

Os documentos do Conselho Federal de Psicologia (2018) e do IPEA (2017), fruto de inspeções em dezenas de comunidades terapêuticas expõe a precariedade destas instituições, evidenciando razões estruturais que inviabilizam a realização de

atendimentos na direção dos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira, sobretudo no contexto de pandemia.

Ainda assim, tais instituições permanecem em pleno funcionamento e se consolidando como uma das respostas no âmbito da política pública às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. O movimento legal proporcionado por atores chave dentro da política brasileira, permite a expansão dessas instituições e estimula o crescente incentivo financeiro através de editais de financiamento de vagas. Na contramão dos serviços públicos de saúde que compõem a RAPS, alvo de um projeto político de desmonte e sucateamento, as CTs estão recebendo forte investimento e ganhando espaço nos debates e na atuação na Rede.

O momento de crise sanitária mundial que estamos enfrentando desde o início de 2020 com a pandemia de COVID-19, nos leva a reflexões e a um movimento constante de luta pela defesa dos direitos, principalmente, devido ao momento atual, na área da saúde. O direito à saúde pública, de qualidade e universal, que já vem sendo ameaçado nos últimos anos, se mostra como fundamental para a manutenção da vida, principalmente da população negra e pobre brasileira, que compõem a maioria dos usuários do SUS.

No Brasil o uso prejudicial de álcool e outras drogas foi tardiamente reconhecido como uma problemática da saúde, e todas as conquistas desde então que se consolidam na reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e os serviços substitutivos aos manicômios estão sob ameaça quando se permite o investimento em instituições totais (GOFFMAN, 1974) que reatualizam antigas práticas de controle de corpos e subjetividades.

NOTAS:

[1] Base de dados digital direcionada para o acompanhamento de diagnóstico de casos positivos de COVID-19 no Brasil e elaboração de mapas e gráficos acerca do avanço do vírus pelos Estados e cidades do país. Os dados publicizados advém de exames realizados nos laboratórios da empresa e de dados das Secretarias Estaduais de Saúde coletados por meio do site www.brasil.io. Para acompanhar os dados, acesse: https://dadoscoronavirus.dasa.com.br/

[2] De acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), a proposta desta modalidade de serviço se configura como um pequeno hospital, por possuir enfermarias de até 30 leitos ao invés de apenas leitos de acolhimento noturno como os CAPSs III.

[3] O trabalho de Ferrugem (2019) oferece um excelente panorama deste cenário para o entendimento da questão.

[4] Portaria 1.482/2016 (MS), Resolução 32/2017 (CIT/MS), Portaria 3.588/2017 (MS), Portaria Interministerial 2/2018 (MJSP/MS/MDS/MT), Resolução 35/2018 (CIT), Resolução 36/2018 (CIT), Resolução nº1/2018 (CONAD), Edital 1/2018 (SENAD/MS/MT/MDS), Portaria 544/2018 (MS), Portaria 2.434/2018 (MS), Portaria 3.659/2018 (MS), Portaria 3.718/2018 (MS), Nota Técnica 11/2019 (Coord. Geral de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas/MS), Decreto presidencial n. 9.761/2019.

[5] De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2018), o caráter asilar pode se manifestar através de duas vias: seja pela ausência de recursos para oferecer assistência integral, tal como serviços de natureza médica, assistencial, psicológica, ocupacional, de lazer, etc.; seja pela não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, como previsto na Lei nº10.216/2001.

REFERÊNCIAS

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde**. v.22, n.4, out./dez. 2015, p.1231-1248. Rio de Janeiro.

BRASIL. **Lei 10.216 de 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.” Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 22/08/2021.

BRASIL. **Resolução CONAD nº 01/2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Disponível em: < https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf> Acesso em: 01/06/2021.

BRASIL. **Portaria nº 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. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 19/07/2021.

BRASIL. **Resolução CONAD n°1, de 9 de março de 2018.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-

/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/6285975/do1-2018-03-13-resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971> Acesso: 19/07/2021.

BRASIL. **Edital de credenciamento - SENAD nº 1/2018.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11797737> Acesso em: 19/07/2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 22/08/2021.

BRASIL. **Lei 13.840 de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm> Acesso em: 06/05/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico Para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf> Acesso em: 16/06/2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Coronavírus**: cartilha de orientação para as comunidades terapêuticas. Disponível em: <http://antigo.desenvolvimentosocial.gov.br/imprensa/Noticias/comunidades-terapeuticas-recebem-diretrizes-para-atuacao-no-periodo-de-combate-ao-covid-19/cartilha_comunidades_terapeuticas.pdf> Acesso em: 16/06/2021.

BRASIL. **Portaria 340 de 30 de março de 2020**. Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das comunidades terapêuticas. Disponível em <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-340-de-30-de-marco-de-2020-250405535> Acesso em 16/06/2021.

CARTA CAPITAL. **Contra "revogaço", movimento pela luta antimanicomial lança manifesto**. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/change-org/contra-revogaco-movimento-pela-luta-antimanicomial-lanca-manifesto/> Acesso em: 22/08/2021.

CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-

Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf. Acesso em: 30/08/2021.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 320 p.

IPEA. **Perfil Das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf> Acesso em: 19/07/2021.

LIMA, R. C. C. As comunidades terapêuticas religiosas e a política social de drogas. In: 5º Encontro Internacional de Política Social e 12º Encontro Nacional de Política Social, 2017, Vitória (ES). **Anais**… Espírito Santo, 2017.

LUKÁCS, G. **A Destruição da Razão**. São Paulo: Instituto Lukács, 2020.

PASSOS, R.G. *et al.* Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago. 2020.

PASSOS, R.G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n° 2, p. 55-75, jul./dez., 2017.

PASSOS, R.G; MOREIRA, T.D.F. Reforma psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 336-354, jul.-dez./2017.

PEREIRA, S. L. B. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. **Sociedade em Deb. (Pelotas)**, v. 26, n. 1, p. 72-87, jan./abr. 2020.

PERRONE, P.A.K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):569-580, 2014.