



Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo

SAÚDE MENTAL E DROGAS: O AVANÇO DO CONSERVADORISMO EM TEMPOS DE GOLPE – O CASO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

JESSICA SOUZA DE FARIAS¹
RACHEL GOUVEIA PASSOS²

RESUMO: O presente trabalho tem por objetivo traçar um breve histórico da Política de Saúde Mental no Brasil, buscando evidenciar seus avanços e retrocessos e identificar os impactos do neoliberalismo e do conservadorismo presentes no processo de incorporação das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tal como os reflexos de sua inclusão e financiamento, especialmente na região da Baixada Fluminense, localizada no Estado do Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Drogas. Comunidades Terapêuticas.

ABSTRACT: This study aims to trace a brief history of Mental Health Policy in Brazil, seeking to highlight its advances and setbacks and to identify the impacts of neoliberalism and conservatism present in the process of incorporation of the Therapeutic Communities in the Network of Psychosocial Care (RAPS), as well as the consequences of its inclusion and financing, especially in the Baixada Fluminense region, located in the State of Rio de Janeiro.

KEYWORDS: Mental Health. Drugs. Therapeutic Communities.

1. INTRODUÇÃO

O CFESS reafirma a necessidade de adensar a luta em defesa da saúde pública, por política de drogas não proibicionista, e da efetivação da reforma psiquiátrica, o que requer uma série de ações já presentes na agenda deliberada pelo Conjunto CFESS-CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social) e convoca toda a sociedade a se manifestar sobre a minuta que objetiva regulamentar as comunidades terapêuticas (CFESS, p.12, 2014).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira teve início em meados da década de 1970, impulsionado por péssimas condições de trabalho para os profissionais da saúde mental e para os usuários dos serviços, à época restritos quase que

¹ Estudante de Graduação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. E-mail: <rachel.gouveia@gmail.com>.

² Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

exclusivamente aos manicômios. Inspirados pela experiência de Reforma Psiquiátrica italiana de Franco Bassaglia, os trabalhadores da saúde mental, familiares e ativistas, na década de 1980 começaram a se organizar em prol do fim dos manicômios, tendo como lema a expressão “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, exigindo mudanças não somente no âmbito institucional, mas na sociedade como um todo.

No que tange à saúde mental, a década de 1980 se configura como um importante momento histórico. Iniciou-se o Movimento da Luta Antimanicomial, sendo em 1987 que ocorreu o Encontro de Bauru, que resultou em uma carta que denuncia as condições precárias nos manicômios e deu as diretrizes da Reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial no país, sendo esta comprometida com a transformação de toda a sociedade. Além disso, em 1989 foi proposto o primeiro Projeto de Lei Antimanicomial, o PL 3.657/89 de Paulo Delgado (PT-MG) que propunha o fim imediato dos manicômios e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (PASSOS; MOREIRA, 2017). É importante destacar que a lei referente à Reforma Psiquiátrica só foi promulgada 12 anos depois, após diversas modificações na PL original, inclusive instituindo o fim progressivo e não imediato dos hospitais psiquiátricos. Desde então, vem sendo constituída uma rede de serviços substitutivos ao manicômio.

No entanto, o debate das drogas ocorreu de forma tardia no interior da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Opondo-se ao direcionamento legal das legislações no país relacionadas às drogas, que se constituem com ações proibitivas e repressivas, a Redução de Danos se apresentou, a partir do início dos anos 2000, como uma estratégia de cuidado que tem como premissa o conhecimento do contexto sociocultural do indivíduo, sem que seja condicionado ao tratamento deste a abstinência. Esta se tornou uma estratégia de saúde pública para usuários de álcool e outras drogas e passou a ser definida como base da nova política sobre drogas (LIMA *et al.*, 2015).

A crise no Estado, acentuada pela ofensiva neoliberal a partir dos anos de 1990, culminou em uma forte onda de precarização dos equipamentos da política de saúde mental e da política sobre drogas. Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, a principal referência hoje em saúde mental, são os mais afetados, ocasionando inúmeros danos à população usuária. Faltam medicamentos, alimentos, os vínculos profissionais tornam-se cada vez mais precarizados e tem-se a alta rotatividade de profissionais nos equipamentos, o que compromete o vínculo profissional-usuário, tão essencial na saúde mental.

Embora a história da implantação das Comunidades Terapêuticas religiosas indique que seu início se deu por volta do final da década de 1960, é a partir do aprofundamento da crise do Estado e da retomada mais acentuada do voluntarismo assistencialista no interior da saúde mental que estas conseguem se efetivar. Estas, além de identificadas como expressão de uma onda reacionária, indicam a presença de políticas públicas sucateadas. No interior das Comunidades Terapêuticas Religiosas, a “cura” se baseia na fé popular e em rituais de cura promovidos por diversas religiões, além de abusos e violações de direitos. Atualmente, estas comunidades encontram-se difundidas em todas as regiões do país, com financiamento público local e federal (LIMA, 2017).

Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar a trajetória da Política de Saúde Mental no país, desde a década de 1970 até os dias atuais, buscando refletir sobre a influência do neoliberalismo e do conservadorismo e identificar os impactos da inclusão das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial, em especial na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, ressaltando a vinculação de um discurso manicomial e proibicionista que tem ganhado força nos últimos anos e fortalecido a expansão dessas instituições.

2. DESENVOLVIMENTO

A Política de Saúde Mental no Brasil: breve contextualização

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve início em meados da década de 1970, em meio à ditadura militar, emergindo a partir da insatisfação dos trabalhadores da saúde mental em relação às suas condições de trabalho e dos, até então, pacientes. A “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), como aponta Amarante (1995), deflagrou uma greve dos profissionais da saúde mental – sendo esta a primeira após o AI-5 – que culminou em uma demissão em massa e no surgimento do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). É importante destacar que embora o Brasil ainda estivesse sob influência do regime militar, este período foi marcado por uma maior abertura política do Estado, no intuito de redemocratização do país e tal conjuntura possibilitou esse movimento de luta, reivindicação e politização dos profissionais.

Neste momento, o apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi fundamental para que o MTSM

conseguisse se consolidar e receber apoio de outros setores da sociedade, inclusive da população brasileira, que se comoveu diante das reivindicações dos trabalhadores por da Saúde Mental. Com forte influência da Reforma Psiquiátrica Italiana, o MTSM foi fundamental para que modificações enraizadas no âmbito da saúde mental brasileira pudessem ocorrer, principalmente por ter como proposta a luta política para além dos espaços institucionais (PASSOS; MOREIRA, 2017).

Guljor e Amarante (2017) apontam que o ano de 1987 deve ser considerado um marco no que tange a Reforma Psiquiátrica brasileira. A I Conferencia Nacional de Saúde Mental, ocorrida no referido ano, oficializou a aspiração de uma política de saúde mental com objetivo de rompimento com o modelo hospitalocêntrico. Em dezembro do mesmo ano, ocorreu também o evento que, posteriormente, ficou conhecido como Encontro de Bauru, que definiu o posicionamento do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira em defesa da extinção completa dos manicômios e de transformação da sociedade. É neste momento que surge o Movimento de Luta Antimanicomial, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que reúne profissionais, usuários e familiares, em torno do questionamento do modelo assistencial oferecido pela psiquiatria tradicional no país e da garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

A década de 1990 foi marcada por um processo de contrarreforma do Estado, ampliação da ofensiva neoliberal no Brasil e início de um período de sucateamento dos aparelhos estatais com objetivo de fortalecimento da iniciativa privada no país. As reconfigurações no mundo do trabalho fizeram emergir para os trabalhadores da saúde, especialmente os da saúde mental, novas reivindicações e desafios, frente a precarização e flexibilização do trabalho destes profissionais. Cabe ressaltar a contradição existente nesse período, visto que se deu logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde enquanto “dever do Estado e direito de todos” (BRASIL, 1988) e agregou a política de saúde ao tripé da seguridade social.

Foi, também, neste período, que espaços de gestão estratégicos nas instâncias federal, estaduais e municipais, no âmbito da saúde mental, foram ocupados por técnicos e gestores comprometidos com as reivindicações da luta antimanicomial, obtendo, dessa forma, a implementação de uma política pautada nos princípios da Reforma Psiquiatria (GULJOR; AMARANTE, 2017).

Apesar de todo esse contexto político, Borges e Baptista (2008) apontam que este foi um período “germinativo” no que tange a implementação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, além de uma maior fomentação do debate acerca da PL 3.657/89. Embora não tenha sido um momento de realização propriamente dita dos objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira, este foi de extrema importância abrir espaço para a construção e implementação da Rede de Atenção Psicossocial³ - RAPS, que, futuramente, veio a compor oficialmente a política de saúde mental através da portaria 3088/2011, além de garantir a abertura de financiamento para a área.

É possível notar, após 17 anos da implementação da Lei 10.216, que apesar das imposições da agenda neoliberal, houveram inúmeros avanços no campo da saúde mental nos últimos anos. No entanto, desde o golpe de 2016, onde a então presidente da república Dilma Rousseff, sofreu Impeachment e seu vice Michel Temer assumiu o poder, a política tem sofrido sucessivos ataques, principalmente quanto ao seu direcionamento político e tudo o que foi construído tem-se colocado em risco.

Trata-se de uma intensa disputa de projetos, principalmente no interior do movimento de Reforma Psiquiátrica. Atualmente, existem três principais projetos em disputa, como apontam Passos e Moreira (2017): um pautado nos princípios da Carta de Bauru e nas bases que visam a transformação da sociedade, outro mais simpático ao grande capital, sob uma forte perspectiva reformista e, não necessariamente, antimanicomial e um terceiro pautado nas bases da psiquiátrica tradicional, seguindo uma lógica hospitalocêntrica e manicomial.

A convocação de Valencius Wurch – psiquiatra declaradamente tradicional e ex diretor de um manicômio – para a coordenação de saúde mental é a materialização dessa disputa e a prova de que a correlação de forças está sendo desigual. Embora sua passagem pela gestão da política tenha sido breve, confirmou a instabilidade da direção política da Reforma (PASSOS, 2017).

Outro ponto que vale ser ressaltado aqui se refere à gestão e ao investimento destinado aos serviços substitutivos nos últimos anos. A forte precarização dos serviços e o processo de sucateamento da esfera privada tem fortalecido a emergência de diversos serviços ligados à caridade e a filantropia, que, inclusive, ganham apoio e investimento

³ Composta pelos seguintes equipamentos: Centro de Atenção Psicossocial (em suas diferentes modalidades), Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento (adulto e infantil), enfermarias especializadas em hospitais gerais, hospital psiquiátrico, hospital-dia, atenção básica, urgência e emergência, comunidades terapêuticas e ambulatório multiprofissional de saúde mental.

do Estado em alguns casos. As comunidades terapêuticas, instituições em sua maioria ligadas a religiões, cresceram muito nos últimos anos.

Quanto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que operam atualmente como o maior aparelho substitutivo dentro da política, tem ocorrido um aumento exponencial das unidades de tipo I e II (que atendem apenas durante o dia) e um investimento mínimo nos de tipo III (que possuem leitos para internação temporária). Além disso, tem sido crescente, também, o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Um estudo realizado por Macedo, Abreu, Fontenelle e Dimenstein (2017) aponta que, até o momento da realização da pesquisa, o país contava com 1.135 unidades de CAPS I, 488 de CAPS II, 92 de CAPS III, 315 de CAPS ad – que atende casos de abuso de álcool e outras drogas, 88 CAPS AD III e 210 CAPS i – que atende crianças e adolescentes. Quanto aos leitos em hospitais gerais, ao todo, somavam-se 997. Esses números são bastante alarmantes e preocupantes. Logo, não se trata de um fim progressivo da política de saúde mental, como afirmam alguns pensadores. O que tem ocorrido é uma perversa mudança de direção da mesma, calcada em interesses políticos sob a perspectiva neoliberal em detrimento da classe trabalhadora acompanhada do pensamento conservador e manicomial.

Como uma luz a esse momento tão adverso, é possível notar um movimento interno dos profissionais da saúde mental em retomar às bases da Reforma Psiquiátrica na tentativa de superar esse período de retrocessos com o mínimo possível de perdas de direitos tanto para a classe profissional quanto para os usuários. Além disso, é possível notar uma nova leva de militantes e profissionais comprometidos com a perspectiva radical da Luta Antimanicomial (PASSOS, 2017).

As Comunidades Terapêuticas

No que tange à política sobre drogas, atualmente tem-se como base a estratégia de redução de danos, isto é, uma perspectiva que visa minimizar os riscos sociais e à saúde dos indivíduos, sem, no entanto, exigir a abstinências destes usuários. Em oposição ao direcionamento tradicional das legislações atuais, a redução de danos se configura como uma estratégia democrática de cuidado. Nota-se, nos últimos anos, a expansão de um movimento em defesa de uma concepção de uso e abuso de álcool e outras drogas que direcionam o “tratamento” para a abstinência e utilizam-se de práticas

higienistas e eugenistas. Destacam-se, como principais agentes deste movimento, clínicas psiquiátricas particulares e instituições não governamentais – religiosas ou não – como locais de oferta de assistência em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas e é neste bojo que se enquadram as Comunidades Terapêuticas (LIMA *et al.*, 2015).

As Comunidades Terapêuticas se configuraram de diversas maneiras, nos diferentes países onde foram implementadas. Na contemporaneidade podemos observar duas grandes variantes dessas instituições, a saber: uma no campo da psiquiatria social, constituída por unidades destinadas ao tratamento psicológico e guarda de pessoas com transtornos mentais (dentro ou fora do manicômio) e outra que se refere aos programas de tratamento para usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas ou delas são dependentes (DE LEON, 2003 *apud* BOLONHEISRAMOS; BOARONI, 2015). No presente estudo, nos limitaremos a pensar a segunda variante, em decorrência de sua expansão na atualidade, sem ignorar a importância de se debater, também, a primeira variante.

De acordo com a pesquisa publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA (2017), acerca das Comunidades Terapêuticas, estas podem ser conceituadas como um entre os diversos modelos de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (ou drogas) existentes no Brasil e em diversos países. Originalmente desenvolvidas a partir de iniciativas não governamentais, uma de suas principais características é a vinculação com entidades religiosas.

O modelo de tratamento ofertado nas Comunidades Terapêuticas se baseia em três pilares fundamentais: o trabalho, a disciplina e a espiritualidade (IPEA, 2017). A partir de um documento elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2011, onde 68 Comunidades Terapêuticas foram inspecionadas, pode-se perceber a predominância da imposição do credo religioso, com destaque a religião cristã. Nesses espaços, os usuários acolhidos são cooptados a seguir a fé imposta pela instituição, além de exercer atividades não remuneradas de manutenção dos espaços de convivência, por vezes substituindo a presença de profissionais para tais funções. Isto porque a maioria das Comunidades Terapêuticas acreditam na “laborterapia”, no sentido de dignificação do homem através do trabalho. Quanto a estadia dos acolhidos, há um limite de permanência nos espaços. No período de dois anos, cada usuário só pode

permanecer por até doze meses, não sendo tolerados prolongamentos nas instituições (CFESS, 2014).

A edição do dia 17 de junho de 2018 do jornal O Globo⁴ apresentou uma denúncia sobre às Comunidades Terapêuticas feita a partir da fiscalização do Ministério Público Federal, que constatou violações como privação de liberdade, trabalhos forçados e tortura como castigo nestas instituições, constituindo tais práticas como incompatíveis aos mínimos garantidos pelos Direitos Humanos.

Segundo o IPEA (2017), até a realização da pesquisa, haviam 1.950 Comunidades Terapêuticas instaladas no Brasil, com oferta de 83.600 vagas para tratamento. Observa-se, no entanto, algumas restrições no que tange ao sexo, orientação sexual, deficiências e outras necessidades específicas. Nas instituições registradas cerca de 80% destinam-se a pessoas do sexo masculino, 15% a pessoas de ambos os sexos e pouco mais de 4% exclusivamente a mulheres. Quanto à faixa etária dos acolhidos, 88% das Comunidades acolhem indivíduos com 18 anos ou mais, 66,7% acolhem idosos e 24,1% acolhem menores de 18 anos – entre elas, 22,4% recebem jovens entre 12 e 18 anos incompletos e 1,7% crianças com menos de 12 anos. Em relação a pessoa com deficiência e necessidades especiais, 63,9% das Comunidades se dispõem a receber deficientes visuais, 75,7% deficientes auditivos, 63,7% cadeirantes e 85,7% pessoas que vivem com HIV/AIDS. Porém, apenas 45,8% disseram acolher mães nutrizes e 32,9% pessoas com transtornos mentais com histórico de internação psiquiátrica.

Ainda utilizando os dados do IPEA (2017), em relação à orientação sexual e à identidade de gênero dos acolhidos, 90,9% das Comunidades Terapêuticas afirmaram acolher homossexuais, 51,6% travestis e 43,6% transexuais. No entanto, Pereira e Passos (2017) apontam dois dados importantes: o primeiro diz respeito ao “tratamento” de cura oferecida compulsoriamente aos usuários homossexuais, que precisam se adequar aos padrões heteronormativos para permanecerem nestes espaços; e o segundo referente à internação de travestis e transexuais nas Comunidades destinadas ao público de seu sexo biológico, ressaltando ainda que estas devem se comportar e se vestir com o tal nestes espaços. Além disso, por existir a restrição de relações sexuais nas Comunidades Terapêuticas, com a justificativa de que estas prejudicam a recuperação ou utilizando a abstinência sexual como castigo, é extremamente proibido

⁴ <https://oglobo.globo.com/sociedade/comunidades-terapeuticas-sao-acusadas-de-tortura-22786554> Acesso em 05/07/2018.

o envolvimento entre os usuários, sob pena de expulsão ou de castigos físicos. Desta forma, é possível perceber que, embora os dados quantitativos apontem para a diversidade de gênero, as Comunidades Terapêuticas se configuram de forma bastante conservadora e moralista, violando diretamente os direitos de todos aqueles que não seguem a regra heteronormativa da instituição.

Esses dados são fundamentais para entender o perfil dos usuários acolhidos por estas instituições, que por vezes restringem e segregam o acesso, opondo-se às práticas preconizadas pelos equipamentos substitutivos ao manicômico pertencentes a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que oferecem universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Neste sentido, a regulação das Comunidades Terapêuticas pelo Estado, se constitui como uma incontestável violação da concepção do SUS e dos direitos dos usuários por ela acolhidos (CFESS, 2014).

As Comunidades Terapêuticas foram institucionalizadas e passaram a incorporar a Rede de Atenção Psicossocial através da portaria nº 3088/2011 (PEREIRA, PASSOS, 2017), ainda que suas características sejam completamente opostas ao que institui a Constituição Federal de 1988 e as Leis 8.080/90 e 10.216/01. Além das inúmeras violações de direitos, a regulamentação destas possui diversas brechas, como por exemplo a ausência de especificidade quanto à equipe mínima disponível nas unidades e possíveis penalizações das instituições em caso de descumprimento das normas acordadas. Além disso, desde antes de sua regulamentação, o Estado já investia nas Comunidades Terapêuticas cerca de 92 milhões de reais (CFESS, 2014). Tal situação comprova o direcionamento que a política de saúde mental vem assumindo nos últimos anos, deixando de investir na Rede disponibilizada pelo SUS para investir nessas comunidades.

É possível notar que as práticas realizadas nestas instituições são de cunho higienista e reafirmam uma lógica manicomial. Trata-se de uma reformulação de práticas seculares no bojo da psiquiatria tradicional, tal como o isolamento, a abstinência como única forma de “cura” do uso prejudicial de álcool e outras drogas e o trabalho como forma de inserir novamente o usuário na vida cotidiana. Como deixa claro o CFESS (2014) e Bolonheis-Ramos e Boarani (2015), não nos cabe aqui dizer que a abstinência não é uma possibilidade, mas sim explicitar que não é a única, da mesma forma que o trabalho é um importante fator na vida do homem, mas quer impor trabalhos forçados não ajuda em nada na “recuperação”.

O tratamento mais adequado, que é viabilizado nos equipamentos do SUS, principalmente nos CAPS-ad, se baseiam na redução de danos, na preservação da autonomia, da integridade física e moral dos sujeitos e na igualdade da assistência à saúde. Além disso, preza-se pela integração do sujeito com a sociedade, mantendo-os sob internação apenas quando necessário e por um curto espaço de tempo, não ultrapassando o período de 90 dias consecutivos (CEFSS, 2014). Nota-se uma diferença bastante acentuada entre as Comunidades Terapêuticas e os demais equipamentos, evidenciando que estas não são em nada complementares aos serviços já existentes e ofertados na Rede pelo SUS, como tentam configurá-las.

No período de 2017 e 2018, o Núcleo de Pesquisa, Estudo e Extensão em Serviço Social, Saúde Mental e Atenção Psicossocial (NUPESS), vinculado à Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro tem desempenhado a partir da experiência de extensão universitária um importante papel no que se refere a articulação e mobilização de profissionais, estudantes e militantes vinculados e interessados na Política de Saúde Mental, com foco principal para a Baixada Fluminense, região onde encontra-se localizada a Universidade. A Baixada Fluminense é uma região do Estado do Rio de Janeiro, localizada na área Metropolitana I, com extensão territorial de 2800 km² e densidade demográfica de 960 hab/km². De acordo com o IBGE (2010), sua população oficial é de 2.687.767 habitantes. A região é composta por 13 municípios, a saber: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti e Seropédica.

No que tange à Baixada Fluminense, a bibliografia a respeito das Comunidades Terapêuticas é bastante escassa – o que não é nenhuma surpresa, tendo em vista o abandono da região – e pouco se tem discutido a respeito nesses espaços. Embora não se tenham fontes, nem dados quantitativos, sabe-se que existem algumas Comunidades Terapêuticas na região. Evidencia-se, por tanto, a necessidade latente de se mapear e estudar a Baixada, principalmente quanto às práticas exercidas na Política de Saúde Mental.

Com base na pesquisa realizada por Targino (2017) na Comunidade Terapêutica Instituto Vida Renovada (IVR) localizada em São João de Meriti, é possível identificar semelhança com os dados apresentados neste trabalho em relação às demais Comunidades, evidenciando práticas abusivas e formas de assistência e tratamentos ligados à cosmologia pentecostal. Maisano (2014) realizou um estudo de caso na Comunidade Terapêutica denominada Movimento Cristo Vive e Reina (MOCRIVER),

localizada em Nova Iguaçu, e problematizou as práticas religiosas como estratégia de “tratamento” para os usuários de álcool e drogas. Já na publicação *Cartografia Social Mulheres da Baixada*⁵ realizada pelo Centro dos Direitos Humanos - CDH, de Nova Iguaçu, percebe-se através de uma entrevista as expressões de perversidade destas instituições:

Meu filho já ficou em três comunidades terapêuticas no Rio, não permaneceu em nenhuma. Por quê? Lá eles focam na recuperação espiritual, a cada três horas toca um sino para orar. Isso é tortura psicológica. Não tem como lutar contra dependência química sem profissionais preparados (CDH, 2018, p. 13).

Segundo dados publicados pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em 2013, a Baixada Fluminense possuía na Rede de Atenção Psicossocial 25 unidades de serviço residencial terapêutico divididos em tipo I e tipo II, havia 3 equipes de consultório de/na rua, 2 hospitais gerais com leito de saúde mental e 29 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) divididos nas modalidades CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi. Mesmo com uma Rede consolidada e com diversos equipamentos operantes, a região também vem sendo alvo de implantação destas Instituições.

Diante deste cenário, em nota⁶ o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS se colocou totalmente contrário às práticas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas, sua regulamentação enquanto parte da Rede de Atenção Psicossocial e financiamento do Estado, que chegam aos 92 milhões de reais. As denúncias realizadas contra as Comunidades Terapêuticas, as violações de direitos dos usuários e dos princípios base da Política de drogas e da Política de Saúde Mental fundamentam tal posicionamento que se apresenta em conformidade aos ideais defendidos pela Luta Antimanicomial e em defesa do SUS. Cabe ressaltar que o Serviço Social não é uma profissão imparcial, seu compromisso é com a classe trabalhadora e, diante desta situação onde os maiores prejudicados são os trabalhadores, o posicionamento não poderia ser diferente.

Este é um momento de grandes desafios para os profissionais que compõem as equipes de saúde mental, especialmente os assistentes sociais. Como destaca Passos (2017), as bases conceituais que fundamentaram a Reforma Psiquiátrica brasileira,

⁵<http://casafluminense.org.br/wp-content/uploads/2018/04/Cartografia-Social-Mulheres-da-Baixada.pdf> Acesso em 05/07/2018.

⁶ <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf> Acesso em 05/06/2018.

ligadas a emancipação dos sujeitos e emersão de uma nova ordem societária, estão intimamente ligadas ao projeto profissional e ao projeto ético-político do serviço social. Os profissionais do serviço social têm seu comprometimento ético com a classe trabalhadora e a viabilização do aumento de suas possibilidades sociais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário exposto anteriormente, é possível notar os avanços conquistados pela Política de Saúde Mental no país e como os serviços ofertados pelo SUS através da Rede de Atenção Psicossocial tem a capacidade de dar o suporte necessário, desde que gerida seguindo os preceitos da Carta de Bauru e não de uma Reforma Psiquiátrica simpática ao capital, com discurso manicomial, higienista e eugenista.

Nota-se, portanto, o significativo retrocesso que a Política tem sofrido e a quão perversa é a regulamentação das Comunidades Terapêutica, tal como sua inserção na Rede. Os abusos e violações relatados por familiares, usuários, profissionais e pesquisadores da área comprovam a ineficiência e a perversidade destas, evidenciando que é preciso intervir sobre elas imediatamente.

Não se pretende aqui esgotar a discussão em torno do assunto, mas sim provocar uma reflexão para que mais seja discutido e realizado em prol da retomada de controle das bases radicais da Reforma Psiquiátrica na gestão destes espaços, no sentido de caminhar para um rompimento efetivo com a lógica hospitalocêntrica e conservadora que ainda perpassam o campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

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

BRASIL. **Lei 10.216/2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 12 jun. 2018.

CENTRO DOS DIREITOS HUMANOS DE NOVA IGUAÇU. **Cartografia Social das Mulheres da Baixada**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://casafuminense.org.br/wp-content/uploads/2018/04/Cartografia-Social-Mulheres-da-Baixada.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

CFESS. **Nota Sobre A Regulamentação Das Comunidades Terapêuticas:** Contribuições do Cfess Para o Debate. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2018.

GULJOR, A.P.; AMARANTE, P. Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. **Cadernos do CEAS**, Salvador; Recife, n. 242, p. 635-656, set./dez., 2017.

IPEA. **Perfil Das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2018.

LIMA, R. C. C. et al. Políticas sociais sobre drogas: um objeto para Serviço Social brasileiro. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n.1, p. 26-38, jan./jun. 2015.

LIMA, R. C. C. As comunidades terapêuticas religiosas e a política social de drogas. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 5., ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 12., 2017, Vitória. **Anais...** Vitória, 2017.

MACEDO, J.P.; ABREU, M.M.; FONTENELE, M.G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n.1, p.155-170, 2017.

MAISANO, P.O.S. **Práticas Religiosas no Tratamento de Dependentes Químicos**. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2014.

PASSOS, R.G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Socied. em Deb.**, 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, M. O; PASSOS, R. G. Desafios Contemporâneos na Luta Antimanicomial: comunidades terapêuticas, gênero e sexualidade. In: PEREIRA, M. O; PASSOS, R. G (Orgs). **Luta Antimanicomial e Feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. 2013. Disponível em: <<http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/994-redes-tematicas/rede-de-atencao-psicossocial/16443-rede-de-atencao-psicossocial-raps-2.html?showall=1>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

TARGINO, J. Estudo De Caso Sobre Comunidades Terapêuticas Religiosas. **Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, ano 19, n. 26, p. 75-92, setembro de 2017.