



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-eixo: Ênfase em Trabalho profissional.

REFLEXÕES SOBRE AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO LÓCUS DO TRABALHO PROFISSIONAL

Silvia Neves Salazar¹

Pollyana Tereza Ramos Pazolini²

Resumo: Este trabalho propõe refletir sobre o lócus que as comunidades terapêuticas assumem no atual contexto de desmonte das políticas sociais públicas. À luz dos fundamentos teórico-metodológicos contemporâneos do Serviço Social brasileiro, buscamos problematizar as particularidades das comunidades terapêuticas diante da lógica de mercantilização e privatização dos serviços públicos. Especialmente quando este espaço se torna alvo de grandes polêmicas e inúmeras denúncias de violações de direitos, e que incidem sobre demandas e requisições institucionais às quais o Serviço Social é chamado a responder.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Serviço Social; Políticas Sociais Públicas

Abstract: This paper proposes to reflect on the locus that therapeutic communities in the current context, of dismantling public social politics. In light of the contemporary theoretical and methodological foundations of the Brazilian Social Service, we seek to problematize the particularities of the therapeutic communities in the face of the logic of commodification and privatization of public services. Especially when this space becomes the target of great controversy and innumerable denunciations of rights violations, and that focus on demands and institutional requisites of which the Social Service is called to respond.

Keywords: Therapeutic Communities; Social Service; Public Social Politics.

As Comunidades Terapêuticas não expressam uma novidade na forma de atendimento à população usuária de álcool e outras drogas. Entretanto, no atual contexto histórico, marcado pelo aprofundamento do neoliberalismo e da financeirização do capital, tais espaços são retomados como possibilidade de oferta de serviços a partir da conformação da lógica neoliberal de parcerias entre instituições privadas e públicas, para o atendimentos de algumas expressões da questão social.

O contexto de ajuste fiscal, da contrarreforma do Estado é marcado pelo avanço do conservadorismo - este último visivelmente expresso nos resultados da última eleição no Brasil. Em 2019 quando toma posse um governo que tem como lema "Deus, pátria e família", com narrativas que reforçam os valores tradicionais com fortes ataques homofóbicos, sexistas, o campo das políticas sociais públicas sociais sofre a cada

¹ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: <silviaufes@yahoo.com.br>.

² Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: <silviaufes@yahoo.com.br>.

dia profundos desmontes e retrocessos. A lógica da privatização no contexto das contrarreformas do Estado, colocam em questão os avanços obtidos na consolidação do SUS. Dentre tais avanços destacamos aqueles que contribuíram para ampliação de serviços públicos, destinado a atender usuários de substâncias psicoativas. Assim, destacamos: a regulação via portaria GM nº 336 de 2002 que estabeleceu o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS AD) como um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Em 2004, temos a aprovação da Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (PAIUAD) vinculada ao Ministério da Saúde, trazendo em seu marco teórico estratégias que estão voltadas, não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da qualidade de vida, na perspectiva da redução de danos. Já em 2011, tivemos um grande avanço ao instituir toda uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela portaria GM/MS nº 3.088, elencando os componentes dessa rede e ampliando-a, com pontos de atenção residencial de caráter transitório, destinadas a acolher pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial.

Se no campo da Política de Saúde temos os avanços dos anos 1980 com a Reforma Sanitária, importa problematizar e publicizar o atual contexto de desmonte do que se constituiu chamar de Sistema Único de Saúde, e as particularidades do crescimento das Comunidades terapêuticas como espaços de trabalho profissional.

No ano de 2018, o Conselho Federal de Serviço Social/CFESS, divulgou um relatório sobre a inserção de assistentes sociais em comunidades terapêuticas, resultado de um levantamento realizado pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) em cumprimento ao planejamento do último triênio, 2014-2017, que previa realizar discussões acerca do exercício profissional dentro das Comunidades Terapêuticas.

Ao todo, 18 CRESS realizaram visitas às Comunidades Terapêuticas, coletando informações referentes ao vínculo empregatício com a instituição/entidade, remuneração, carga horária, atribuições e competências desempenhadas pela/o profissional de Serviço Social, tempo de trabalho na instituição, quantidade de assistentes sociais na equipe, existência de equipe interdisciplinar e as especialidades.

As informações coletadas se referem ao universo de 214 Comunidades Terapêuticas. Cabe destacar que

[...]essa iniciativa objetiva organizar informações/dados e, ainda, apresentar subsídios que contribuam com estudos, análise crítica e adensamento do debate sobre essa temática, que envolve a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas (CFESS, 2018, p. 09).

A partir deste Relatório identificamos dados referentes à expansão e o perfil das Comunidades Terapêuticas no cenário atual. Nesse caminho, o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas apresenta informações referente a um perfil compartilhado dessas instituições que,

[...]tem como base **a privação de liberdade, o caráter asilar, a chamada laborterapia, a abordagem religiosa e a abstinência como estratégia central** [grifo nosso] de funcionamento dessas instituições. Em todas, foram constatadas algum nível de violação de direitos humanos(CFP, 2018, p.21, grifo nosso).

Esse perfil traçado é caracterizado por um modelo asilar, de vinculação religiosa e com centralidade na abstinência, colocando barreiras que dificultam a realização de um trabalho que prime pela autonomia e liberdade dos usuários dessas instituições e limitando a construção de alternativas democráticas fundadas na ética profissional do Serviço Social. O padrão moral presente nessas instituições de abordagem religiosa em potencialidades ético-morais destoam dos fundamentos éticos da profissão na atualidade e nos induz a lembrar a origem da profissão quando se reproduzia uma ética profissional com bases na filosofia tomista, no positivismo e no pensamento conservador (BARROCO, 2005).

Na disputa por legitimidade e financiamento, as Comunidades Terapêuticas têm buscado se articular nacionalmente tanto no Poder legislativo quanto no Poder executivo. No estado do Espírito Santo foi criado um Grupo de Apoio às Instituições de Tratamento da Dependência Química. O Grupo é vinculado à Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH) e tem o objetivo de atender as demandas referentes à estruturação legal, formal e operacional dessas instituições. Dentre as organizações que integram o Grupo estão a Associação das Comunidades Terapêuticas do Estado do Espírito Santo (ACOTES) e o Conselho Estadual de Igrejas Evangélicas do Estado do Espírito Santo (CEIGEV) (ESPIRITO SANTO, 2018).

Entendemos que preocupações centrais se colocam como fundamentais neste momento de desmonte das políticas sociais públicas. E, especialmente diante da eleição de 2018 para presidente do Brasil o atual governo tem colocado em prática projetos que contradizem os princípios básicos da Constituição Federal de 1988.

A conformação das Comunidades Terapêuticas tem sido uma das vias que o Estado brasileiro tem priorizado para responder as demandas referentes ao uso de drogas diante de uma conjuntura marcada pela mundialização financeira, pelo desmonte das políticas sociais públicas, pela precarização e intensificação do trabalho que tem levado a população a níveis alarmantes de adoecimento, entre outros elementos que agravam e aprofundam as expressões da questão social.

Entretanto, é preciso ressaltar que o universo das Comunidades Terapêuticas (CTs) é marcado pela sua heterogeneidade e que há iniciativas de normatização para definição do que representam esses espaços.

De acordo com a Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde, as Comunidades Terapêuticas são definidas como *um serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas*. Alvo de intensos debates, no ano de 2015, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) caracterizou as CTs como entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa por meio da Resolução nº 01/2015.

A Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) - que realizou uma pesquisa com mais de quinhentas CTs no Brasil denomina que as Comunidades Terapêuticas são:

[...] residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautado na abstinência de Substâncias Psicoativas (SPAs) (BRASIL, 2017, p. 08).

A pesquisa também identificou elementos que são centrais para caracterizar essas instituições: o isolamento, a abstinência, a laborterapia e a espiritualidade. Esses elementos presentes no modelo de atenção das CTs podem se configurar - diante da

dinâmica institucional desses espaços - antagonicamente ao modelo de atenção psicossocial expresso em normativas e legislações da Política de Saúde Mental no Brasil, em especial na Lei 10.216/2001. Esse aspecto ganha relevância para compreender a disputa da configuração dessa política social numa conjuntura de expansão das CTs, que já tem culminado em alterações no seu aparato normativo, e que busca favorecer essas instituições.

Nessas instituições identificaram-se situações e práticas abusivas e de violação de direitos por meio do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017. Constatou-se que mais da metade das instituições visitadas tinham situações de sanções e punições, daqueles que fazem uso de drogas, por meio do trabalho, via restrições, por isolamento ou confinamento, agressões físicas. Sob a denominação de laborterapia utiliza-se da exploração do trabalho como uma ferramenta de disciplina que beira uma lógica punitivista, de acordo o Relatório. Destacamos um pequeno trecho que ilustra compreender o funcionamento dessa prática:

De forma a comprovar que a laborterapia não faz parte do tratamento e que seu fim é apenas para a manutenção da instituição, a comunidade terapêutica substitui a necessidade de contratação de profissionais pela mão de obra de seus internos. Lembrando que alguns deles pagam mensalidade para ficar ali, ou então tem “vaga financiada” por recursos públicos. Essa divisão de tarefas dentro da instituição não pode configurar-se como tratamento de saúde. Segundo relatos, **se os internos se negam a executar alguma tarefa, eles podem ser punidos com advertência e, no limite, desligados da comunidade terapêutica.** O fato comprova a obrigatoriedade do trabalho, sendo que nenhum deles recebe salário para tanto. Os trabalhos variam entre limpeza, conservação da comunidade, cozinha, reparo da estrutura predial e realização de obras, como construção do galinheiro e bombeamento de água para o pequeno lago (CFP, 2018, p. 84, grifo nosso).

Ao vincular a realização de determinada atividade a sua permanência no local, se estabelece uma relação de troca e merecimento dentro dessas instituições, oposta a perspectiva do direito à saúde conquistada na Constituição Federal de 1988. Essa prática nos remete a lembranças de um passado muito recente. E trazem à tona elementos fundamentais da formação histórica brasileira, baseada em relações de poder apoiadas na dependência pessoal, no compadrio e na ideologia do favor. (IAMAMOTO, 2008).

Para melhor compreensão dos fundamentos das CTs destacamos alguns grupos precursores norte-americanos: o grupo de Oxford, a associação Alcoólicos Anônimos, a Synanon e o modelo Minnessota, que influenciarão “em termos de filosofia, de organização social e de práticas os programas originais para as modernas CTs” (DE LEON, 2014, p. 17). O central é que esses grupos tinham uma perspectiva de auto-ajuda e de responsabilização individual para uma mudança de estilo de vida que possibilitasse uma “cura” do uso de psicoativo, conferindo a um poder superior sua fonte espiritual de transformação (DE LEON, 2014). São diversas as nuances que perpassam a relação entre esses grupos precursores e a forma como foram se constituindo, a partir das suas mais variadas experiências e fusão de valores e princípios.

Observamos que não há um aspecto “evolutivo” de modelo das CTs. Os movimentos de sua expansão se desenvolvem com particularidades históricas a partir das trajetórias e do contexto social dos seus membros fundadores. Diferenciar o AA do movimento Grupo de Oxford e sua influência no modelo de tratamento das CTs é uma tarefa importante, pois traz um aspecto, dentre outros, que é central: a dimensão da religiosidade.

O Grupo de Oxford é de natureza religiosa vinculada a um Deus cristão que busca um renascimento espiritual dos cristãos. O AA mantém a referência de um poder superior como fonte para mudança, mas cada membro mantém essa referência individualmente (De Leon, 2014). Esses aspectos são fundamentais para realizar uma análise dos modelos de tratamento no Brasil, considerando que 90% das CTs declaram o cultivo e a espiritualidade, e 70% tem a prevalência da aplicação da técnica dos 12 Passos, inclusa no Modelo Minnessota, mesclando métodos e recursos de tratamento (BRASIL, 2017).

Na tradição europeia as Comunidades Terapêuticas se desenvolvem em meados do século XX, após a Segunda Guerra Mundial. Com o psiquiatra Maxwell Jones, precursor de um modelo mais humanizado, menos hierárquico que possibilita maior participação dos sujeitos no tratamento, e em um contexto de reforma da psiquiatria mundial (PERRONE, 2014). Seu surgimento tem relação com o contexto pós-guerra e a reforma da psiquiatria, tendo como foco de intervenção os soldados que se tratavam em hospitais que predominavam a psiquiatria tradicional.

A CT em hospitais psiquiátricos, que teve como pioneiro Jones (1953) e outros no Reino Unido, surgiu cerca de 15 anos antes das CTs de tratamento da dependência química na América do Norte. O surgimento da CT psiquiátrica

costuma ser visto como parte da “terceira revolução em psiquiatria”, a passagem do uso de terapeutas individuais a uma abordagem psiquiátrica social que acentua o envolvimento multipessoal, o uso de métodos grupais, a terapia do ambiente e a psiquiatria administrativa.

(...)

A motivação geral da CT Jones – a natureza terapêutica do ambiente total – é precursora do conceito fundamental de comunidade como método na CT de tratamento da dependência que surgiria (DE LEON, 2014, p. 14-15).

A tradição Europeia fundamenta sua ação em uma prática mais democrática, e um processo de profissionalização e discussões acerca da psiquiatria tradicional. Sem romper com a psiquiatria tradicional, há um processo de humanização dos hospitais psiquiátricos com mudanças no interior de sua estrutura e um modelo mais horizontal (LIMA, 2016)

Esses dois modelos, estadunidense e a tradição europeia, que influenciaram o modelo de atenção das CTs brasileiras, com características e fundamentos para a proposta de tratamento. No Brasil essas instituições ganharam características próprias, mesclando fundamentos das duas tradições ao combinar “fundamentos religiosos a práticas originárias do campo médico-psiquiátrico” (BRASIL, 2017, p. 09). Acresce que não temos uma homogeneização desse modelo “mesclado”, e há de se considerar a formação sócio-histórica e do próprio processo de constituição da política de saúde mental e de drogas no país, para compreensão dessas instituições.

De acordo com a Nota Técnica do IPEA sobre CTs, o Brasil possui 1.963 CTs cadastradas, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste. Na pesquisa realizada não há precisão do período de surgimento das CTs no Brasil, mas revelou-se que das CTs que estão em funcionamento hoje, uma delas já tem mais de 50 anos de funcionamento. Entretanto,

(...) a maior parte das CTs investigadas (79%) foi fundada a partir da década de 1990, notadamente depois de 1995. Cerca de 41% das unidades pesquisadas foi criada entre 1996 e 2005, taxa muito próxima da estimada para o período posterior (2006 a 2015), que é de 38%. Contudo, o ano de 2011 foi aquele em que foi fundado o maior número das entidades ainda existentes: 139 CTs (BRASIL, 2017, p. 17).

Segundo Lima (2017), a expansão das CTs ocorre a partir de alguns elementos. Dentre eles destaca-se o clamor ampliado da mídia sobre uma suposta “epidemia” do uso de *crack*, os questionamentos acerca da efetividade dos serviços substitutivos de saúde mental para oferecer cuidado a esse público (impactado pelo subfinanciamento do SUS), e a pressão de representantes do Parlamento junto ao Executivo Federal para

inserir as CTs na rede de atendimento aos usuários/as de drogas. A pesquisa do IPEA aponta 2011 como o ano de maior expansão das CTS. É justamente neste período que, buscando responder essa suposta “epidemia”, o governo a partir do Decreto nº 7.179/2010 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e posteriormente o programa “*Crack, é possível vencer*”.

[...] destacamos que o Plano *Crack é Possível Vencer* previu a qualificação de 985 leitos públicos para acolhimento em Comunidades Terapêuticas, articuladas com a rede dos Sistemas Único de Saúde (SUS) e de Assistência Social (SUAS). Para regulamentar esse serviço o Ministério da saúde lançou a Portaria GM/SM nº 131 de 26/01/12. Para abertura desse novo serviço, em 2012 o Ministério da Saúde lançou 03 Editais (nº8, nº9 e nº11) para financiamento de vagas nas Comunidades Terapêuticas. **A edição dessas portarias é resultado da correlação de forças que se estabeleceu entre o legislativo e o executivo para responder a questão do Crack.** Como já afirmado, o legislativo pressiona o executivo a incluir na pauta o financiamento de leitos em estruturas privadas para tratamento de usuários de Crack. Atendendo a pauta, que se tornou agenda política das eleições de 2010, **o executivo abre para o financiamento das Comunidades Terapêuticas, a despeito da discordância da Coordenação Nacional de Saúde Mental e dos defensores da Reforma Psiquiátrica, em geral.** (OLIVEIRA, 2017, p.12; grifo nosso)

Apontamos que a relação público-privado expressa um aspecto central na inserção das Comunidades Terapêuticas na RAPS. Assim como todo o esforço em regulamentar essas instituições para recebimento de financiamento público, sob o discurso de “qualificar” as CTs e garantir “tratamento” aos usuários de SPA. Em um cenário de subfinanciamento do SUS repassar recurso público para essas instituições denuncia a direção do governo, em priorizar determinados grupos, que tem muitos interesses econômicos, do que efetivamente criar estratégias em prol da consolidação das políticas sociais públicas.

(...) em 2012 foram publicados 03 editais do Ministério da Saúde específicos para financiamento de vagas nas Comunidades Terapêuticas. (Edital nº 8, nº 9 e nº 11/2012)189. No edital N°8, de 12 de abril de 2012, foram recebidos 42 projetos e 05 deles aprovados. A baixa aprovação resultou do fato dos projetos não atenderem aos requisitos exigidos no edital, como: alvará de funcionamento; Comprovante do exercício, pelo prazo mínimo de três anos anteriores à data limite de celebração do instrumento convenial, além de inconsistências do próprio projeto. Em relação ao edital N°9, de 17 de julho de 2012 foram recebidos 84 projetos e 06 foram aprovados pelos mesmos motivos

já apontados. E no edital N°11, de 25 de setembro de 2012”, foram recebidos 03 projetos, mas as entidades selecionadas enviaram documentação incompleta, e nenhum projeto foi selecionado.

Esse gasto foi computado na ação Incentivo para Custeio de Unidade de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e Leitos em Hospitais Gerais (Tabela 6). O recurso é repassado dentro da ação orçamentária 20B0191, que teve uma dotação inicial de R\$ 120.562.854, mas as despesas empenhadas foram de R\$ 63.926.744, representando 53,2% do total disponibilizado (OLIVEIRA, 2014, p.233-234).

O baixo número de CTs selecionadas dentro dos critérios estabelecidos nos editais representa a dificuldade desses espaços se adequarem as normativas no âmbito do Ministério da Saúde. Diante da pressão da inserção das CTs na RAPS, aparentemente, essas normativas anunciam também uma tentativa de garantir ao máximo a qualidade do serviço prestado, regulando tecnicamente o funcionamento das CTs. Esse cenário expressa, em parte, a resistência do reconhecimento das CTs como serviços de saúde e as disputas existentes neste campo. A publicação da Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, incluiu as Comunidades Terapêuticas (CTs) na Tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Esta incorporação das CTs no cadastro, que antes era, eminentemente de instituições públicas, ampliou a possibilidade de destinação de recursos públicos do SUS para financiar esses estabelecimentos.

Diante de algumas pontuações, este trabalho visa refletir e problematizar que está em jogo uma disputa por financiamento público num contexto de desresponsabilização do Estado nas respostas às expressões da questão social. Neste aspecto, com referência em lamamoto (2014) identificamos um tensionamento entre a disputa por uma ampliação dos direitos sociais universais e a mercantilização e refilantropização do atendimento às necessidades sociais, em face da mundialização financeira, onde se coloca em questão as lutas e conquistas da classe trabalhadora.

Nesta direção é fundamental compreender que o “padrão de direitos delineado nos processos de emancipação política” (BEHRING, 2016, p. 24) está sendo colocado em xeque, em um cenário de apropriação do fundo público e **culminando em profundas alterações nas políticas sociais. Assim, diante** destas breves considerações ficam evidentes as disputas de interesses econômicos travadas neste campo da Comunidades Terapêuticas. Onde precisamos avançar na problematização

e reflexão deste lócus como espaço do trabalho profissional, em sintonia com os direitos sociais da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. São Paulo, Cortez, 2005.

BEHRING, E. R. Política Social no contexto da crise capitalista. In: CFESS (Org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**, v. 1, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____, E. R. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. **Ser Social**, Brasília, v.18, n.38, p.13-29, jan./jun.2016.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. Biblioteca básica do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 out. 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm. Acesso em: 26 dez. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 4.345**, de 26 de agosto de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm>. Acesso em: 09 abril 2019.

BRASIL. IPEA. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília: DIEST – Diretoria de estudos e políticas de Estado, das Instituições e da Democracia. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865> Acesso em 28 ago. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 3088**, de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 março 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília: CFESS, 2005.

_____. **Código de Ética do assistente social:** Lei 8662/1993 de regulamentação da profissão. Brasília: CFESS, 2006.

_____. **Nota sobre regulamentação das Comunidades Terapêuticas:** contribuições do CFESS para o debate. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>>. Acesso em: 30 março 2019.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica:** teoria, modelo e método. 5 ed., São Paulo: Loyola, 2014.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico metodológica. 24 ed., São Paulo: Cortez, 2008.

LIMA, R. C. C. As comunidades terapêuticas religiosas e a política social de drogas. In: Encontro Internacional de Política Social, 5, 2017, Vitória, ES. **Anais eletrônicos do Encontro Internacional e Nacional de Política Social.** Disponível em <<http://periodicos.ufes.br/EINPS/article/view/16597/11448>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

LIMA, R. C. C.; TAVARES, Priscila. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 2, p. 6-23, jul./dez. 2012.

LIMA, R.C.C. Comunidades Terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível? In: QUEIROZ, T.N.; RIOS, L.F.; VIEIRA, L.L.F. (Org.). **A problemática das drogas:** contextos e dispositivos de enfrentamento. Recife: Editora UFPE, 2016.

OLIVEIRA, E. F. A. **Gastos da Política de Saúde Mental e os rumos da Reforma Psiquiátrica.** 2017. 276 f. Tese (doutorado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2017.