ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do artigo	COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A DISPUTA ENTRE MODELOS DE ATENÇÃO E CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS
Autores(as)	Maria Paula Gomes dos Santos
Título do Periódico	BOLETIM DE ANÁLISE POLÍTICO-INSTITUCIONAL: POLÍTICA DE DROGAS
Organizadores (as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Número	n.18
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2018
ISSN	2237-6208

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/ portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Comunidades Terapêuticas e a Disputa entre Modelos de Atenção e Cuidado a Usuários de Drogas

Maria Paula Gomes dos Santos[1]

1 INTRODUÇÃO

Desde 2014, o Ipea vem realizando pesquisas sobre as comunidades terapêuticas (CTs) que operam no Brasil (Ipea, 2017),[2] com o objetivo de contribuir para as ações da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad/MJ), em sua tarefa de gestão da participação destas instituições na oferta pública de cuidados a usuários de drogas.

A Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas), que tipifica os crimes relacionados a drogas no país (uso, porte, comercialização e produção), também determina que a "atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas" (Brasil, 2006) seja prestada tanto pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto por instituições privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos. Para cumprir este mandato, estas instituições tornaram-se, desde então, autorizadas a receber recursos públicos (benefícios fiscais e financeiros).[3] Com o lançamento do plano Crack, é Possível Vencer,[4] o governo federal passou efetivamente a transferir recursos[5] às CTs, mediante chamamento público.

Esta iniciativa visava ampliar a oferta de cuidados gratuitos para usuários de drogas que deles necessitem. Contudo, sua implementação acabou por amplificar uma disputa – já antiga – em torno dos modelos de cuidado a estas pessoas, opondo, de um lado, defensores da participação das CTs na rede de atenção a usuários de drogas (com financiamento público), e, de outro, aqueles que desaprovam esta participação e o financiamento público destas instituições, por entenderem que elas violam os princípios da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003).

Este artigo apresenta, na seção 2, o modelo de cuidado adotado pelas CTs, a partir do que se pode depreender da pesquisa realizada pelo Ipea e da literatura disponível sobre o tema. A seção 3 traz alguns dados estatísticos que oferecem uma visão do conjunto das CTs que operam no Brasil. Por fim, a seção 4 busca refletir sobre o debate que se trava em torno dos modelos de cuidado a usuários de drogas implementados no Brasil, apontando algumas questões que demandam a consideração dos gestores das políticas públicas nesta área.

2 O MODELO DE CUIDADO DAS CTs

As CTs representam um dos modelos de cuidado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, presentes não só no Brasil, mas em diversos outros países. Tal modelo desenvolveu-se e disseminou-se a partir de iniciativas da sociedade civil, muitas vezes articuladas a

1. Doutora em ciência política pelo Instituto de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) e técnica de planejamento e pesquisa do Ipea.

2. Os resultados desta pesquisa foram consolidados em relatórios entregues diretamente à Senad em junho de 2016, e um resumo deles foi publicado em *Nota Técnica* no sítio do Ipea na internet, em março de 2017.

3. Artigo 24 da Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006).

4. Decretos nºs 7.179/2010 e 7.637/2011 (Brasil, 2010; 2011).

5. Os recursos para este fim provêm do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), conforme determinação da mesma Lei nº 11.343/2006.

organizações religiosas. CTs configuram-se como residências coletivas temporárias, nas quais indivíduos que têm problemas associados ao uso de drogas devem ingressar voluntariamente, e ali permanecer por períodos de nove a doze meses, em total abstinência de quaisquer substâncias psicoativas e afastados de todas as suas relações sociais prévias. A partir de sua entrada nestas residências, estes indivíduos passam a conviver entre um conjunto de *pares* (pessoas que igualmente têm problemas com drogas), realizando diversas atividades supostamente terapêuticas, sob a orientação e a vigilância de *monitores* (pessoas que já passaram pelo mesmo tratamento e, ao serem bem-sucedidas, começam a cuidar dos novos internos).

Algumas destas instituições também contam com equipes formadas por profissionais de saúde (psicólogos, médicos, enfermeiros, entre outros) e de assistência social. Seu objetivo primordial é levar seus assistidos a uma *reforma moral*, que os conduza não só à abstinência sustentada do uso de drogas, mas a um novo estilo de vida, pautado na moral do trabalho e da família e nos mandamentos cristãos.

O programa assistencial das CTs ancora-se no tripé *disciplina-trabalho-espiritualidade*, que se traduz em rotinas disciplinadas, *laborterapia* e práticas *espirituais*, realizadas em contexto de abstinência e isolamento social. A *laborterapia* consiste em uma terapia por meio do trabalho, o que envolve tarefas de manutenção da própria comunidade (limpeza e preparo de refeições) e atividades produtivas (agricultura, construção civil, artesanato, confecção de produtos para venda, entre outros). Tal prática visa ao disciplinamento dos acolhidos para o mundo do trabalho – condição entendida como essencial para a "ressocialização" e a "adequação social" dos sujeitos que fazem uso problemático de drogas. O cultivo da *espiritualidade* envolve orações, leituras e práticas religiosas, e cumpre dois objetivos: estabelecer um padrão de conduta moral (frequentemente cristão) para os internos; e oferecer, a estes, amparo emocional e psicológico para a manutenção da abstinência e a conquista da *serenidade*.

De acordo com o que se pode depreender de nossas pesquisas, este programa tem como pano de fundo algumas representações específicas sobre a *pessoa* do usuário problemático de substâncias psicoativas. Segundo estas representações, tal *pessoa* teria características cognitivas e comportamentais particulares, tais como *falta de controle dos impulsos*; *incapacidade de adiar satisfações*; *déficits de percepção acerca da realidade* (De Leon, 2014), entre outros. Além disso, seu estilo de vida conflitaria com as normas morais e sociais vigentes, uma vez que o uso de drogas as levaria a mentir, abandonar sua família, manipular outras pessoas e, no limite, roubar. Pode-se dizer, assim, que, de acordo com estas representações, as pessoas que fazem uso de drogas teriam perdido a condição de *sujeitos morais*, vivendo alienadas de sua razão, de sua vontade e de sua capacidade de se responsabilizar. Todo este quadro configuraria uma *doença* – a dependência química[6] – considerada incurável e persistente.

Tendo em vista esta percepção, o programa das CTs procura não só colocar usuários de drogas em abstinência, mas *os educar* ou *os reeducar* para uma nova inserção na vida social. Sua pedagogia ocorre por meio de um proselitismo antidrogas, pela emulação de condutas e, ainda, pelo disciplinamento dos sujeitos internados, em novos hábitos e rotinas.[7] Esta pedagogia parece visar, principalmente, inculcar nos sujeitos um novo *habitus* (Bourdieu, 2000) e um código moral ancorados nos valores do trabalho, da disciplina, da família e da religião.

6. Termo cunhado no interior do campo médico e de uso frequente nas CTs. Não obstante, ao longo do tempo a denominação desta *doença* sofreu algumas alterações no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013). Em sua última edição (DSM V), a denominação adotada é *transtornos por uso de substâncias*, considerada mais abrangente. Ver a última edição, DSM V, de 2016.

7. Além das informações sistematizadas em Ipea (2017), ver também Machado (2011) e Aguiar (2014).

3 O UNIVERSO DAS CTs BRASILEIRAS

Estima-se que haja cerca de 1.951 CTs operando atualmente no Brasil,[8] em todo o território nacional. A maior parte delas está localizada em zonas rurais, muitas das quais situadas na região metropolitana das grandes cidades.

Cerca de 80% das CTs brasileiras destinam-se exclusivamente a pessoas do sexo masculino, enquanto apenas 5% delas se voltam para o cuidado de mulheres. Cerca de 15% declaram-se mistas (para ambos os sexos). A tabela 1 apresenta o percentual de vagas existentes nas CTs brasileiras, nas cinco macrorregiões geográficas, segundo o sexo das pessoas que estas unidades dispõem-se a receber.

TABELA 1
Distribuição das vagas em CTs, segundo macrorregião geográfica e sexo dos acolhidos
(Em %)

Macrorregião	Vagas	Masculino	Feminino	Ambos
NO	6,36	58,73	4,05	37,22
NE	20,23	80,8	0,81	18,39
CO	7,84	81,65	6,32	12,03
SE	43,2	83,33	5,64	11,03
SU	22,37	81,82	4,59	13,59
Total	**100,00**	**80,79**	**4,38**	**14,83**

Fonte: Ipea (2016).

A maioria das vagas em CTs está na região Sudeste (43,2%). Depois desta, as regiões Sul (22,4%) e Nordeste (20,2%) são aquelas que ofertam o maior número de vagas. Considerando o tamanho destas entidades em função de sua capacidade de acolhimento, tem-se que cerca de 49% delas ofertam até trinta vagas; 39% oferecem de 31 a setenta vagas; e cerca de 12% possuem capacidade para mais de setenta internos.

TABELA 2
Distribuição das CTs brasileiras por capacidade de acolhimento
(Em %)

Vagas	(%)
1 a 30	48,9
31 a 70	39,3
71 a 300	11,8

Fonte: Ipea (2016).

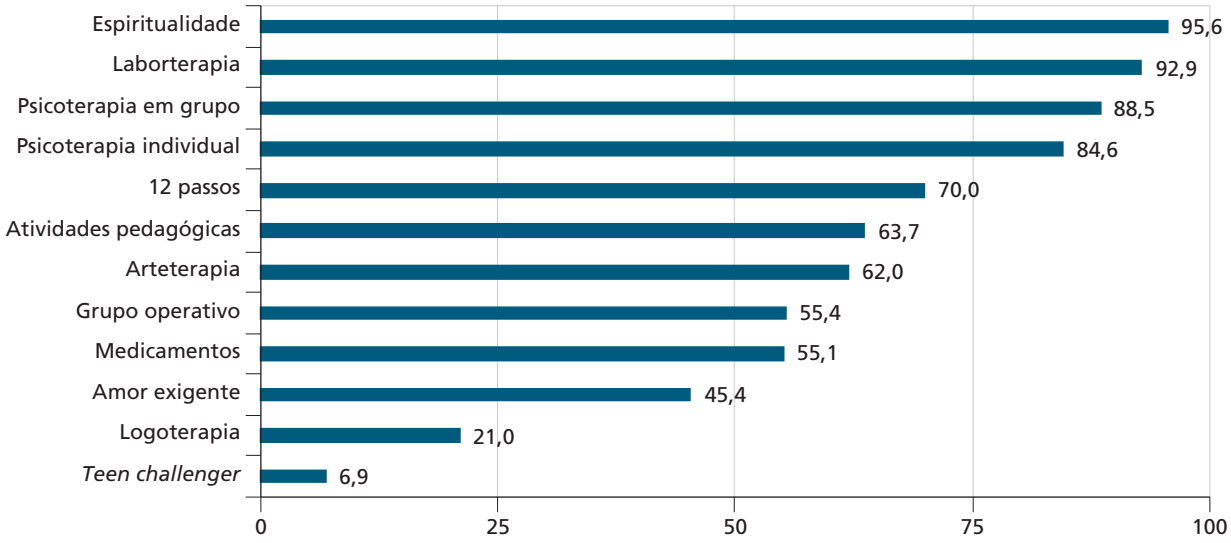
No que se refere à orientação religiosa, cerca de 47% das CTs são vinculadas a denominações evangélicas ou protestantes, e 27% são católicas. Dezoito por cento delas, contudo, declaram-se sem orientação religiosa. Isto não impede que 95% delas desenvolvam trabalhos *espirituais*, como mostra o gráfico 1.

Este gráfico mostra os diversos métodos e práticas terapêuticas mais comuns nas CTs, levantados pela pesquisa. Como se pode ver, as práticas de *laborterapia* e *espiritualidade* acontecem, virtualmente,

8. Segundo levantamento realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2009. Este levantamento foi a base para a pesquisa realizada pelo Ipea. Para mais informações sobre a metodologia desta pesquisa, ver Ipea (2017).

em todas as CTs brasileiras.[9] Além disso, muitas destas comunidades conjugam práticas disciplinares e religiosas (orações e cultos) com a prestação de serviços de profissionais especializados das áreas de assistência social e saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros). Neste particular, é interessante notar que, logo abaixo da *laborterapia* e das atividades voltadas ao cultivo da *espiritualidade*, as *psicoterapias individuais* ou *em grupo* são os métodos terapêuticos mais utilizados pelas CTs brasileiras. Chama a atenção, ainda, a significativa quantidade de comunidades que lançam mão de *medicamentos* para tratar de sua clientela: 55%.

GRÁFICO 1
Métodos e práticas terapêuticas
(Em %)



Fonte: Ipea (2017).

Considerando a forte presença de práticas próprias do campo da saúde, a pesquisa procurou levantar a participação de profissionais especializados neste campo, na composição das equipes de cuidadores das CTs. Esta informação encontra-se na tabela 3.

TABELA 3
Número médio de profissionais de formação universitária por CT

Profissionais	Empregados	Voluntários	**Total**
Médicos(as)	0,48	0,64	**0,56**
Enfermeiros(as)	0,44	0,56	**0,50**
Psicólogos(as)	1,10	0,74	**0,92**
Fisioterapeutas	0,05	0,11	**0,08**
Terapeutas ocupacionais	0,43	0,58	**0,50**
Assistentes sociais	0,75	0,61	**0,68**
Professores(as)	0,38	0,86	**0,62**
Educadores(as) sociais	0,37	0,59	**0,48**

Fonte: Ipea (2016).

9. Tendo em vista que a margem de erro da pesquisa é de 5%, as frequências acima de 95% podem corresponder a até 100%. Ver Ipea (2017).

As colunas da tabela 3 representam o número médio de profissionais por CT, sendo que a segunda e a terceira referem-se, cada uma, a um tipo de vínculo de trabalho destes profissionais com as instituições, uma vez que as CTs utilizam-se, com muita frequência, de mão de obra voluntária. Assim, a segunda coluna indica a média de profissionais com vínculo empregatício formal com as CTs; a terceira, a média de voluntários; e a quarta coluna refere-se à média total destes profissionais, por CT.

Consistente com a ampla utilização de *psicoterapias* (individuais ou em grupo), a categoria de profissionais especializados mais presente nas CTs brasileiras é a dos psicólogos – segundo os dados apurados por *survey*, há cerca de 0,92 psicólogo por CT. Em seguida, aparecem os assistentes sociais (0,68 por CT), os médicos (0,56) e os enfermeiros (0,50). Enquanto a maioria dos psicólogos e assistentes sociais possuem vínculo empregatício efetivo com as CTs, médicos e enfermeiros atuam principalmente como voluntários.

Estes dados sugerem um certo grau de profissionalização das CTs, no sentido da incorporação de saberes de base técnico-científica originária dos campos da saúde e da assistência social. Contudo, segundo os levantamentos etnográficos realizados para a mesma pesquisa, há casos de CTs em que as equipes técnico-profissionais, embora presentes, têm atuação rarefeita e, até certo ponto, desconectada das demais práticas e atividades cotidianas.

> Os atendimentos individuais pela equipe técnica são eventuais – menos do que uma vez por semana –, o que me deixou a impressão de que sua presença, na CT 3, se deve principalmente ao interesse da instituição, de se qualificar para receber recursos públicos. Como não pude observar os atendimentos individuais, não foi possível perceber se, ou em que medida, a equipe técnica fazia uso, junto aos acolhidos, dos diversos conceitos e categorias técnico-científicas para interpretar o fenômeno do uso problemático de drogas e o próprio tratamento.
>
> Os coordenadores da instituição consideram a prática religiosa e a proximidade com a palavra de Deus o principal recurso terapêutico na recuperação de dependentes de álcool e outras drogas, seja na fase de internação na CT 3, seja depois dela, no esforço de manutenção da abstinência pós-tratamento. A própria equipe técnica da CT 3 – ao menos aqueles indivíduos com os quais pude conversar – também compartilha desta convicção (Loeck, 2018).

Os "coordenadores", citados no trecho acima, são pessoas que acompanham de maneira muito próxima o cotidiano dos residentes, exercendo funções de apoio e vigilância. Em algumas CTs são chamados de *monitores*. Em geral, estes funcionários são muito mais numerosos, em cada CT, do que aqueles que compõem a equipe técnica. A tabela 4 apresenta seu número médio, por CT, no país.

TABELA 4
Número médio de coordenadores e/ou monitores por CT

Funcionários	Empregados	Voluntários	**Total**
Coordenadores(as)	1,49	1,46	**1,47**
Monitores(as)	2,53	2,70	**2,61**

Fonte: Ipea (2016).

4 A CONTROVÉRSIA PÚBLICA EM TORNO DOS MODELOS DE CUIDADO A PESSOAS QUE FAZEM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Até bem pouco tempo, as CTs eram relativamente invisíveis no Brasil, como fenômeno institucional. Tornaram-se objeto de maior interesse acadêmico e político a partir de sua incorporação oficial, pelo Estado brasileiro, enquanto equipamentos de cuidado a usuários de drogas, financiados com recursos públicos.

Este fato, por sua vez, gerou reações por parte de atores sociais e agentes institucionais, que entendem que o modelo de cuidado implementado pelas CTs é incompatível com as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003), pois enquanto as CTs têm como pressuposto do cuidado o isolamento social, e como pré-condição a abstinência total de drogas, o modelo previsto e implementado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio das Redes de Atenção Psicossocial (Raps), preconiza o cuidado em liberdade, em equipamentos situados no próprio território de moradia e/ou trabalho dos usuários, segundo a lógica da redução de danos (RD).

A RD é uma estratégia de cuidado que procura engajar os usuários em um processo de autocuidado contínuo, que lhes possibilite, primeiramente, mitigar os danos sofridos em decorrência do uso problemático de drogas. Neste sentido, a abstinência pode ser um objetivo a ser atingido, desde que desejado pelo usuário; mas, diferentemente do que ocorre nas CTs, não é um prerrequisito para o acesso ao tratamento. Aposta-se, antes de tudo, na autonomia dos usuários e em sua capacidade de fazer escolhas acerca de seu tratamento, a partir do estabelecimento de vínculos significativos com a instituição de cuidados – os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps AD) – e com seus cuidadores – profissionais de saúde e assistência social que atuam nestes centros.

> O trabalho de atenção e cuidado deve se realizar a partir do reconhecimento da singularidade de cada caso, do respeito às diferenças e escolhas individuais, e da construção de estratégias conjuntas de diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas. Mas, principalmente, de defesa e "ampliação" da vida, ressocialização e desenvolvimento da cidadania e da autorregulação e autonomia (Ferreira, 2017, p. 55).

As primeiras críticas mais sistematizadas sobre o modelo das CTs foram registradas em relatório elaborado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que, em 2011, realizou inspeção em 68 CTs em 25 Unidades da Federação (UFs), às quais se referem como "unidades de privação de liberdade" (CFP, 2011). Esta inspeção – repetida em 2017, com resultados similares – inaugurou um embate que cresce a cada ano. As exigências relativas à abstinência, ao isolamento social, à espiritualidade e à laborterapia são interpretadas, por estes segmentos, como violações de direitos. Ademais, aciona-se a premissa constitucional do Estado laico na tentativa de impedir o financiamento das CTs pelo governo federal.

Esta contenda – que hoje envolve atores governamentais, políticos e sociais – evoluiu para uma controvérsia radicalizada, especialmente depois do *impeachment* presidencial de 2016, quando os novos ocupantes do MS e do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) passaram a anunciar uma reforma nas diretrizes de atenção a usuários de drogas (Laranjeira, 2017), a qual implicaria a ampliação das possibilidades e das condições de internação deles em instituições fechadas, e a proscrição da estratégia de redução de danos nos equipamentos públicos de saúde, em favor da primazia da estratégia de abstinência (Rodrigues, 2018; Scorce, 2018).

Este quadro torna-se preocupante, na medida em que aponta para a hegemonização de uma estratégia única de atenção a usuários de drogas, o que discrepa das diversas recomendações internacionais contemporâneas. Conforme recomendação da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (Cicad), vinculada à Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), os Estados nacionais devem garantir uma oferta ampla e plural de modelos de tratamento, na medida em que a literatura científica internacional é inconclusiva quanto à superioridade de qualquer modelo de cuidado sobre outros, quando se tratam de usos problemáticos de drogas (Opas, 1999).[10] Especificamente quanto às CTs, os estudos também não têm demonstrado que a efetividade de seu modelo de cuidado seja maior do que os demais (Smith, Gates e Foxcroft, 2008; Vanderplasschen *et al.*, 2013).

Outro ponto a ser considerado é que muitas das pessoas que buscam tratamento para o uso problemático de álcool e outras drogas tendem a fazê-lo várias vezes durante a vida, dados os vários episódios de recaída que experimentam. Neste percurso, recorrem às mais diversas modalidades de atenção, sendo elas pautadas ou não, na internação, na abstinência e/ou na lógica da redução de danos. Sua escolha tende a ser condicionada pela efetiva disponibilidade dos serviços e por sua percepção, em cada circunstância, sobre que serviço pode melhor atender às suas demandas imediatas.[11]

Assim sendo – e dando o devido crédito às evidências científicas que demonstram não haver tratamento que seja universalmente eficaz e *infalível* –, a pluralidade na oferta de modelos de cuidado é essencial. Por outro lado, é crucial que cada modelo e cada estratégia sejam sistematicamente monitorados e avaliados pelas autoridades sanitárias e pela própria comunidade científica. É indispensável que os serviços prestados à população – em particular aqueles providos por organizações da sociedade civil, como as CTs – sejam regulados, e que se submetam à fiscalização rotineira dos diversos órgãos do Estado competentes para tanto – Ministério Público, conselhos profissionais, conselhos participativos de políticas públicas, entre outros –, de modo que as práticas eventualmente duvidosas ou irresponsáveis sejam coibidas e sancionadas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivaçã**o: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN). 2014. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

APA – ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)**. Porto Alegre: APA, 2013.

BOURDIEU, P. **Outline of a theory of pratice**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <https://goo.gl/tVPqgq>. Acesso em: 19 nov. 2018.

10. Estudos clínicos indicam que as taxas médias de recaída (interrupção da abstinência), após um ano de finalização de qualquer tipo de tratamento para o uso problemático de drogas, estão na faixa de 60% a 70%. O percentual pode variar de uma droga para outra, mas permanece sempre dentro deste intervalo (Silverman *et al.*, 2002). Esta taxa foi extraída de um conjunto de estudos, configurando-se, assim, em uma média das médias encontradas por estes. Ver Silverman *et al*. (2002).

11. Esta informação baseia-se nos primeiros dados de pesquisa que estamos iniciando junto aos Caps AD do Distrito Federal.

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: <https://goo.gl/dyTPDR>. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

_____. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**. Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4a Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2014.

FERREIRA, I. F. R. **Crack**: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Diretoria de Estudos e Políticas sobre o Estado, as Instituições e a Democracia. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. [s.l.]: Ipea, 2016. (Relatório de Pesquisa). No prelo.

_____. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017. (Nota Técnica Diest, n. 21). Disponível em: <https://goo.gl/LdeEcc>. Acesso em: 19 nov. 2018.

LARANJEIRA, R. A segunda reforma psiquiátrica. **Jornal Folha de São Paulo**, Opinião, 24 dez. 2017. Disponível em: <https://goo.gl/pyxDZh>. Acesso em: 19 nov. 2018.

LOECK, J. F. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. *In:* SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão. Brasília: Ipea, 2018.

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus**: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comision Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. **Normas de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas**: una experiencia en las Américas. Washington: Cicad/Opas, 1999. Disponível em: <https://goo.gl/j1wEgP>. Acesso em: 19 nov. 2018.

RODRIGUES, A. Conad aprova resolução que pode mudar políticas de combate às drogas. **Agência Brasil**, 1º mar. 2018. Disponível em: <https://goo.gl/JmMoxv>. Acesso em: 25 nov 2018.

SCORCE, C. Governo aposta em guinada rumo à abstinência no combate às drogas. **Carta Capital**, 9 mar. 2018. Disponível em: <https://goo.gl/A4GKTx>. Acesso em: 25 nov. 2018.

SILVERMAN, K. *et al.* A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. experimental and clinical psychopharmacology. **American Psychological Association**, v. 10, n. 3, p. 228-240, 2002.

SMITH, L. A.; GATES, S.; FOXCROFT, D. Therapeutic communities for substance related disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 25, n. 1, 2006.

VANDERPLASSCHEN, W. *et al.* Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. **The Scientific World Journal**, v. 1, 2013.