



## **Reflexões Acerca das Comunidades Terapêuticas na Rede Comunitária de Saúde Mental do Brasil**

### **Reflections on the Therapeutic Communities within the Mental Health Network in Brazil**

Heloisa França Badagnan<sup>1</sup>, Emanuele Seicenti de Brito<sup>2</sup>,  
Carla Aparecida Arena Ventura<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Enfermeira. Mestranda em Ciências. Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em Enfermagem*

<sup>2</sup> *Advogada. Doutoranda e Mestre em Ciências. Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em Enfermagem*

<sup>3</sup> *Advogada. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em Enfermagem*

Received 17 December 2013

**Resumo.** Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, analítico e documental, que teve como objetivo refletir sobre as comunidades terapêuticas no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A reflexão permitiu a abordagem de vários aspectos quanto o funcionamento e o caráter terapêutico das Comunidades Terapêuticas que hoje representam uma possibilidade de tratamento e reabilitação à rede de saúde mental no Brasil, porém seu papel enquanto serviço constituinte da rede não está claramente definido, bem como seus objetivos não estão de acordo com as leis que consolidam os direitos dos portadores de transtornos mentais no Brasil. Concluiu-se que é importante pensar na construção de uma rede eficaz de tratamento e acompanhamento que garanta a articulação e integração dos serviços nas redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, tratamento e acompanhamento contínuo.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Comunidade terapêutica; Serviços de Saúde Mental.

**Abstract.** This qualitative, descriptive, analytical and documental study aimed at reflecting on the therapeutic communities in the context of psychiatric reform in Brazil. This article enabled a discussion on several aspects regarding the functioning and the therapeutic character of the therapeutic communities which represent today a possibility of mental health treatment and rehabilitation within the mental health network in this country. However, its role as a mental health service within the network is not clear, as well as its objectives are not in accordance with the laws that affirm the rights of the persons with mental health disorders. Authors conclude about the importance of thinking about the construction of an effective network for the treatment and follow-up assuring the articulation and integration of the different services which are part of the mental health network within the territory, qualifying the care through reception, treatment and continuous follow-up.

**Keywords:** Mental Health; Therapeutic Community; Mental Health Services.

## 1. Introdução

Após a Segunda Guerra Mundial, as preocupações com relação à impotência terapêutica da psiquiatria, os altos índices de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social redimensionaram o campo teórico assistencial, configurando os grandes períodos de crítica e proposições reformistas<sup>1</sup>. Os movimentos reformistas pós-pinelianos se disseminaram por toda a Europa e Estados Unidos, questionando o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico<sup>2,3</sup>.

No Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica consolidou-se com a Lei 10.216 de 2001<sup>4</sup> que formalizou um modelo em rede de assistência à saúde mental no país, envolvendo instituições que se inserissem de uma forma mais efetiva na comunidade, sendo composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais Dia e Hospitais Gerais<sup>5</sup>. Posteriormente, portarias do Ministério da Saúde inseriram as comunidades terapêuticas como serviço da rede de atenção a saúde mental. Nesse sentido as comunidades terapêuticas (CT) são unidades que têm por função fornecer suporte à rede de atenção psicossocial e no tratamento aos usuários de substâncias psicoativas, em ambiente protegido, técnico e inserido no âmbito da ética profissional. A convivência entre os pares é o principal instrumento terapêutico que tem por finalidade resgatar a cidadania desses usuários, por meio da reabilitação física, psicológica e da reinserção social.

Nesse cenário, este artigo apresenta como objetivo refletir sobre as comunidades terapêuticas no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A reflexão contida neste trabalho constitui estudo qualitativo, descritivo, analítico e documental.

## **2. Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem críticas teóricas às políticas de saúde do Estado e à elaboração de propostas e atitudes que constituíram o movimento da reforma sanitária que “propõe o enfrentamento da questão da saúde em todas as suas dimensões (técnica, política, econômica e social) dentro de uma perspectiva de luta pela democratização do país”<sup>6</sup>. Ao longo desse processo, começaram a surgir denúncias contra o abandono, as violências e maus-tratos a que estavam submetidos os pacientes internados nos hospícios brasileiros<sup>7</sup>.

Sendo assim, em 1978 formou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que dez anos mais tarde, transformou-se no movimento de luta antimanicomial, o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica.

Também em 1978, Franco Basaglia, o psiquiatra italiano que fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática veio ao Brasil, retornando ao país no ano seguinte, quando fez uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, um dos mais cruéis manicômios brasileiros. Suas visitas seguidas acabaram produzindo uma forte e decisiva influência na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. Em Barbacena, Basaglia comparou a colônia de alienados a um campo de concentração, reforçando as denúncias de maus-tratos e violência feitas anteriormente pelo movimento de trabalhadores de saúde mental<sup>8</sup>.

A principal consequência da relação com Franco Basaglia, entretanto, ocorreu em 1989, em Santos. Após uma série de mortes em uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao extinto Inamps, a prefeitura decidiu intervir e desapropriá-la, iniciando um trabalho revolucionário semelhante àquele de Franco Basaglia na Itália<sup>8</sup>.

No mesmo ano, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei nº 3.657/89. Um projeto simples com apenas três artigos, cujo conteúdo impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; previa o direcionamento dos recursos públicos para criação de “recursos não-manicomiais de atendimento” e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a

legalidade da internação<sup>8-10</sup>.

O projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado e a lei só foi aprovada em 2001. No entanto, a lei protagonizou a situação curiosa de produzir efeitos antes de ser aprovada<sup>7,10</sup>. Nessa perspectiva, após a apresentação do projeto em 1989, houve uma intensificação da discussão sobre o tema em todo o país, o que suscitou a elaboração e aprovação, em oito estados, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. Ressalta-se, ainda, que o Ministério da Saúde editou no período 11 portarias, das quais destacam-se as portarias 189/1991 e 224/1992 que deram existência institucional aos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), e as portarias 106 e 1.220 de 2000 que instituem os “serviços residenciais terapêuticos”<sup>7,10</sup>.

Em 1994, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.407/1994 adotando os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91. A resolução trata, além de outros assuntos, do consentimento pelo paciente para o tratamento, tornando-se cada vez mais restritas as hipóteses de internação involuntária, abrindo um leque maior de direitos ao usuário. Assim dispõe o Princípio 11: *Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado*<sup>4</sup>.

Os princípios adotados também regulam as formas de admissão involuntária, sendo que um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional<sup>7</sup>.

Nesse processo de transformação no campo da atenção psiquiátrica, o

Conselho Federal de Medicina normatizou em 09.08.2000 o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental<sup>4</sup>. Posteriormente, em 2001, foi promulgada a Lei 10.216 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa reforma é resultado de uma mobilização reivindicatória da sociedade que apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, privilegiando espaços que possibilitam a integração do paciente, promovendo a organização das atividades em território definido, reafirmando e buscando incorporar, nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos<sup>11</sup>.

### **3. A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001**

A Lei 10.216/2001 representa um marco para a consolidação dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana<sup>7</sup>.

Dessa forma, referida Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os artigos 1º e 2º elencam os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais. São eles: *I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental*<sup>4</sup>.

A lei ressalta a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental e na assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (art. 3º).

Também orienta que o tratamento visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio. Será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (§§1º e 2º do artigo 4º).

Ao contrário do projeto original, a Lei 10.216/2001 permite a existência do hospital psiquiátrico como recurso de tratamento. Os artigos 4º ao 10º definem e regulamentam os tipos de internação. Ficam vedadas internações em instituições com características asilares, desprovidas dos recursos anteriores e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º (§§1º, 2º e 3º do artigo 4º).

O artigo 8º regulamenta a internação involuntária e prevê que esse tipo de internação pode ocorrer em situações ordinárias ou de emergência. No primeiro caso, deve ser solicitada uma autorização judicial prévia. Nas internações de emergência, deve-se, no prazo de 72 horas, comunicar o caso às autoridades judiciais. A portaria GM nº 2.391/2002, acrescenta a modalidade internação voluntária que se transforma em involuntária, assim, se um paciente psiquiátrico internado voluntariamente solicita alta, sem que seu médico concorde com isso, cabe transformar sua internação em involuntária, havendo a necessidade de autorização judicial com todas as garantias legais devidas ao paciente<sup>4</sup>.

Sob o ponto de vista ético, na internação involuntária o princípio da proteção do paciente e da sociedade entra em choque com o princípio da liberdade e da privacidade pessoais<sup>12</sup>. Quando o paciente é um perigo para si ou para os outros, ou quando não é capaz de se cuidar, consideram-se, nesses casos, o melhor interesse e a periculosidade. O critério de periculosidade não é certamente perfeito, mas é o que melhor pode ser defendido perante um juiz ou diante de um júri constituído por leigos. Ao mesmo tempo, é o menos passível de abuso por parte de médicos que tentam impor suas ideias a respeito do que é razoável para os outros<sup>12</sup>.

Apesar dos avanços e das transformações ocorridas e da preocupação que se tem quanto ao cumprimento e respeito aos direitos humanos dos pacientes, ainda não é possível afirmar que tais direitos sejam respeitados em sua totalidade. Com as mudanças trazidas pela lei, o objeto de intervenção tornou-se mais complexo e interdisciplinar. Portanto, é necessário que se reconstruam as práticas e saberes tradicionais, procurando alternativas para efetivar práticas que respondam a essa nova realidade e aos problemas de um novo modelo de atenção à saúde mental baseado na lógica da igualdade e dos direitos humanos<sup>12-14</sup>.

#### **4. Comunidade Terapêutica x Reforma Psiquiátrica**

A portaria n. 3.088, 23 de dezembro de 2011, traz Comunidades Terapêuticas como serviços de saúde destinados 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. Tais instituições devem funcionar de forma articulada com a atenção básica, apoiando e reforçando o cuidado clínico geral dos seus usuários, e com os Centros de Atenção Psicossocial que são responsáveis pela indicação do tratamento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade<sup>15</sup>.

As CT são um modelo de tratamento asilar utilizado no mundo todo, em pacientes com patologias psiquiátricas crônicas. Seu funcionamento é fundamentado na premissa de que, quando não se é possível promover mudanças no indivíduo dependente, passa a ser necessário alterar a sua condição, seu meio ambiente e removê-lo da situação onde o consumo ocorre.

Com o crescente consumo e o enfoque no tratamento ao abuso do álcool e outras drogas, houve uma expansão considerável desses serviços no Brasil para o tratamento de tal demanda. Conforme levantamento realizado pelo *Centro de Vigilância Sanitária* da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em maio de 2010 estavam cadastradas 135 Comunidades Terapêuticas em todo o estado<sup>16</sup>.

Para evitar a má qualidade do atendimento prestado e a inadequação dos estabelecimentos para abrigar os dependentes em busca de auxílio, haja vista a expansão dos serviços no país, a Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas, em conjunto com a *Agência Nacional de Vigilância Sanitária* e a *Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas* editaram a RDC ANVISA nº 101, de 30/05/2001<sup>16</sup>.

Essa Resolução regulamenta o funcionamento das CT e aplica-se à prestação de serviços por pessoas físicas ou jurídicas, de direito privado ou público, envolvidas direta e indiretamente na atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo de substâncias psicoativas<sup>16</sup>.

O processo terapêutico das CT se sustenta nas intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente em ambiente seguro em relação ao consumo de drogas. Segundo o Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas dos Estados Unidos, as características dessa abordagem, são “ambientes residenciais, livres de substâncias tóxicas, que usam como modelo hierárquico etapas de tratamento que refletem níveis cada vez maiores de responsabilidade social e pessoal. É utilizada a influência de companheiros para ajudar cada pessoa a aprender e assimilar as normas sociais e desenvolver

habilidades cada vez mais eficazes”<sup>17</sup>.

Todavia, tal método de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas ainda requer diversos estudos para averiguar se o “isolamento” social em que havia o convívio com a droga não pode ocasionar, no momento de saída da CT, uma recaída devida à desadaptação social, já que a abstinência ocorreu em um ambiente de privação tanto da substância quanto do grupo social.

Com base no princípio da alternativa menos restritiva proposto pela OMS, alguns países promulgaram legislações que permitem o tratamento involuntário de pacientes que residem em estabelecimentos comunitários.

O estabelecimento comunitário normalmente é considerado menos restritivo que um hospital, embora as condições de vida altamente longe do convívio social e intervenções médicas invasivas que podem fazer parte de sistemas comunitários sejam às vezes mais restritivas que, por exemplo, uma permanência curta em hospital<sup>18</sup>.

Como visto anteriormente, a lei 10.216 traz que o indivíduo portador do transtorno mental deve ‘ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade’ além de manter o indivíduo esclarecido sobre seu projeto terapêutico e da necessidade ou não de sua hospitalização involuntária<sup>4</sup>. Tais pontos se afastam da proposta real de tratamento nas comunidades terapêuticas.

O indivíduo em tratamento nas CT tem seu tratamento em caráter de internação, com foco na abstinência e isolamento social, distanciando-o da família e comunidade por um tempo pré-estabelecido, e por vezes não propiciando o tratamento do indivíduo em seu território e ferindo seu direito de liberdade.

Com foco ainda na lei, ela reforça que o usuário ‘deve ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis. Quando se pensa em procedimentos invasivos, vêm à tona procedimentos que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, mas tendo em vista os preceitos da reforma, podemos considerar invasivos procedimentos autoritários como o isolamento social e familiar, a não proximidade do usuário com seu projeto terapêutico.

Tal isolamento tende ainda a reafirmar o preconceito e estigma que estão atrelados ao portados de transtorno mental e indivíduos com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas.

O papel da CT na rede, não está bem definido, o que pode levar construção deste papel pela prática diária, a tentativa e erro, e ainda se deitar sobre a premissa de que o cuidado prestado usuário de álcool e outras drogas só é efetivo na desintoxicação e isolamento social.

As CT também devem atentar para seu objetivo de “atender pacientes dependentes de substâncias psicoativas que almejam uma recuperação”, pois dentro das CT são encontrados também pacientes usuários não-dependentes, internações indiscriminadas, pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos associados à dependência - o que requer um tratamento mais específico - e também internações utilizadas pela família do indivíduo com caráter punitivo<sup>19</sup>.

Deve-se pensar ainda na questão do financiamento das Comunidades Terapêuticas pelo SUS como integrante da rede de cuidados em saúde mental. A proporção do investimento público *versus* a quantidade de leitos fornecidos ao atendimento do SUS deve ser levado em conta ao pensar tais serviços como componentes da rede. É importante ainda que o gestor, antes de contratar tal serviço, reconheça a rede de seu município, procure potencialidades e propostas comunitárias de atendimento ao portador de transtorno psíquico.

O processo de constituição de uma rede comunitária de saúde mental tem avançado, considerando a implantação de novos serviços e ações substitutivas, incluindo a atenção básica, com conseqüente ampliação do acesso à atenção em saúde mental dentro de um modelo substitutivo à internação psiquiátrica<sup>20</sup>. Em entrelace à atenção básica e estratégia de saúde da família, consideramos ainda os centros de atenção psicossocial, hospitais dia, unidades de emergência, consultórios de rua e a proposta do matriciamento como potencialidades a serem trabalhadas para a constituição de uma rede comunitária em saúde mental.

## 5. Considerações Finais

Esta reflexão permitiu a abordagem de vários aspectos quanto o funcionamento e o caráter terapêutico das CT.

As CT representam uma possibilidade de tratamento e reabilitação à rede de saúde mental no Brasil, porém seu papel enquanto serviço constituinte da rede não está claramente definido, bem como seus objetivos não estão de acordo com as leis que consolidam os direitos dos portadores de transtornos mentais no Brasil.

É importante pensar na construção de uma rede eficaz de tratamento e acompanhamento que garanta a articulação e integração dos serviços nas redes de

saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, tratamento e acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

## Referências

1. Kantorski LP. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. *Smad. Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drog.* [periódico na Internet]. 2007 [acesso 4 agosto 2008]: 3(1). Disponível em: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762007000100009&lng=pt&nr\\_m=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000100009&lng=pt&nr_m=iso)>.
2. Amarante P, organizador. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.* Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1995.
3. Anaya F. Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG. 2004 [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro:Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). *Legislação em Saúde Mental.* 2ª ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.
5. Ventura CAA, Brito ES. Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e o exercício de seus Direitos. *Rev Rene.* 2012; 13(4):744-54.
6. Bezerra Junior B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: Guimaraes R, Tavares R, organizadores. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80.* Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará;1992. p.171-191.
7. Brito ES, Ventura CAA. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. *Rev Direito Sanit. São Paulo*, v. 13, n. 2, p. 47-63, 2012.
8. Amarante P. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente e Cérebro* 2006. Disponível em: <[http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo\\_ao\\_fim\\_dos\\_manicomios\\_imprimir.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir.html)>. Acesso em: 24 set. 2008.
9. Brasil. Projeto de Lei nº 3657, de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 3 set. 2010.
10. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos.* 2002; 9(1):25-59. 
11. Prandoni RFS, Padilha MICS. Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2006; 10(4):623-34. 

12. Botega NJ, Turato ER. Pesquisa no hospital geral: primeiros passos. In: Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 542-567.
13. Chamma RC, Forcella HT. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35(2):184-90.
14. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto Contexto Enferm. 2004; 13(4):593-598. 
15. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
16. São Paulo (Estado). Manual de informações para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas. São Paulo: Secretaria do Estado de Saúde, 2001.
17. Lavara N. La eficacia de las comunidades terapêuticas a examen. [Internet] 2004. [acesso 01 novembro 2012]. Disponível em: [http://www.entorno-social.es/document\\_n04/aass5502.html](http://www.entorno-social.es/document_n04/aass5502.html) [Acesso: 01 novembro 2012].
18. Organização Mundial da Saúde. Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Genebra: WHO; 2005.
19. Sabino NDM, Cazenave SOS. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. Estudos de Psicologia. 2005; 22(2): 167-174.
20. Zambenedetti G, Perrone CM. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. Physis. 2008; 18(2). 