10 MOTIVOS CONTRÁRIOS À ATUAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PORTARIA 69/2020)

No dia 14 de maio de 2020, foi publicada a portaria nº 69[1], aprovando "*recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19*". No ponto 3.10, referente à articulação com as Comunidades Terapêuticas previstas no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a portaria traz como orientação aos "*órgãos gestores de Assistência Social identificar as Comunidades Terapêuticas atuantes no município, credenciadas junto à SENAPRED, e articular para que ofereçam atendimento às pessoas em situação rua que apresentem uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, que tenham indicação técnica para tal e aceitem voluntariamente o atendimento, encaminhadas pelos serviços socioassistenciais de acordo com fluxos preestabelecidos*".

Acreditamos que se trata de mais um retrocesso no âmbito das políticas sobre drogas, em interface com as da assistência social, coadunando com a intensificação de um projeto de mercantilização e manicomialização do cuidado na área; mais especificamente, no que se refere à população em situação de rua, trata-se da continuidade - também recrudescida - de higienização social que assola nossa sociedade historicamente. Além do mais, no próprio contexto de pandemia, inúmeras denúncias têm surgido sobre o avanço da contaminação da COVID-19 nas Comunidades Terapêuticas (CTs)[2], justamente, por seu caráter asilar, evidenciando como que, no presente momento, a portaria se mostra ainda mais inadequada.

Visando ofertar subsídios para a compreensão do que representa a presente portaria e as mudanças evocadas por ela, elencamos abaixo 10 motivos contrários à atuação das CTs junto aos serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para a população em situação de rua. Primeiramente, apresentaremos cinco argumentos contrários às CTs nas políticas públicas no geral, para depois, apresentarmos os outros cinco pontos, mais focados nos SUAS e população

---

[1] https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675

[2] https://outraspalavras.net/outrasmidias/covid-19-avanca-nas-comunidades-terapeuticas/?fbclid=IwAR17DMGmw4G5x03bL-vKYFC7F6lAObQgVcNyU8hVJ_ogAKVEm72eJVZnZ1I

em situação de rua. O conjunto de entidades que assina tal documento entende que outros pontos poderiam ser adicionados, mas acreditamos que os abarcados já sejam suficientes para demonstrarmos que a presente deve ser revogada.

5 MOTIVOS POR QUE O FINANCIAMENTO PÚBLICO ÀS CTs NÃO TEM FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA/ACADÊMICA, NEM ÉTICA

1. O financiamento público às CTs contribui para o desmonte das instituições e propostas públicas, do SUS e SUAS, enfraquecendo ainda mais o cuidado na área

Um dos principais argumentos em favor do financiamento público das CTs é que existem lacunas assistenciais na área, que elas poderão suprimir. Trata-se de uma meia- verdade, e, além disso, uma conclusão que não é sustentada pelas premissas. Vejamos...

Sim, existem inúmeras lacunas assistenciais na área. Essas foram insuficientemente abordadas e preenchidas, mesmo, a partir da Lei 10.216 e se referem aos dispositivos assistenciais substitutivos para pessoas que carecem de internação, mesmo que de curto ou curtíssimo prazo, e/ou de uma atenção residencial de caráter transitório, dadas as condições de vida – crises, necessidade de desintoxicação, rompimento de vínculos, situações de perigo nos contextos onde vivem, dentre outras. Na Rede de Atenção Psicossocial, o nível assistencial residencial de caráter transitório (o mesmo das CTs), é composto pelas Unidades de Acolhimento, para adultos (UAAs) e para crianças e adolescentes (UAIs). Tantos as UAIs quanto as UAAs apresentam números de implementação que, a despeito da inexistência de parâmetros para avaliar sua quantidade e distribuição, podemos qualificar como insuficientes. Segundo dados do SAGE[3], tínhamos apenas 29 UAAs e 22 UAIs habilitadas e em funcionamento e 9 UAAs e 10 UAIs não habilitados, mas em funcionamento no país todo. A questão é que o dispêndio de verba para as CTs não contribui em nada para suprir essa lacuna, pelo contrário, só a intensifica. Ademais, segundo o mesmo SAGE, a despeito das tentativas de habilitação de leitos em Hospitais Gerais (HGs), temos somente 221 com leitos em saúde mental, num total de 1.082 leitos.

[3] Número extraído da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE), em 20/10/19. http://sage.saude.gov.br/#

Por que não investir a verba destinada às CTs para as UAAs, UAIs e leitos em hospitais gerais? O argumento de que o investimento nas CTs é necessário como forma de suprir as lacunas assistenciais é, portanto, falso.

Além do mais, tais gastos também poderiam ser investidos em outros serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, neles, os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPSad). No dia 19 de março de 2019, o ex-Ministro da Cidadania, Osmar Terra e a ministra dos direitos humanos Damares Alves anunciaram a assinatura de contratos com 216 novas CTs para tratamento de dependentes de drogas, chegando à somatória de 496 CTs obtendo repasse de verbas estatais[4]. Tal ato se deu por meio de dispensa de licitação, e englobou 25% do total de CTs no país, segundo o levantamento do IPEA (2017), que identificou 1963 CTs no país. Assim, até junho de 2019, tivemos um montante de R$153,7 milhões no ano, sendo que a verba destinada para os 406 CAPSad implantados no país[5] é de R$158 milhões. A expectativa é que o número aumente para cerca de R$300 milhões em contratos em 2020.

Em suma, toda a verba gasta com as CTs poderia estar sendo revertida para sanar as lacunas assistenciais existentes, por meio do fortalecimento dos dispositivos públicos. Além disso, num cenário de cortes e austeridade, entendemos que os serviços e propostas públicas acabam sendo ainda mais desmontados, pois parte do financiamento que deveria estar sendo direcionado a elas, está indo para as CTs. Por fim, questionamos: Por que só a verba para as CTs tem crescido?

2. O financiamento público às CTs vai contra as evidências científicas sobre o cuidado comunitário em liberdade e a importância da Redução de Danos

A inserção e fomento às CTs nas políticas vai de encontro com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), que indica a oferta de cuidado integral e integrado entre serviços de saúde mental e assistência social, numa perspectiva comunitária e territorializada, mas cujo

---

[4] http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/marco/governo-amplia-vagas-e-regulamenta-o-tratamento-de-dependentes-quimicos-em-comunidades-terapeuticas

[5] Número de CAPSad extraído da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE), em 24/07/19. http://sage.saude.gov.br/#

comunitária remete ao cuidado em liberdade, no seu próprio contexto de vida, remetendo ao investimento em dispositivos como os CAPS, fortalecimento das articulações com a atenção básica, dentre outros. Também vai na contramão de evidências e movimento de consolidação da Redução de Danos internacionalmente (GOMES; DALLA VECCHIA, 2018), ao se ancorarem em visões moralistas e irreais de uma sociedade sem drogas.

3. O financiamento público às CTs desconsidera as violações de Direitos Humanos apontadas por inúmeros estudos

Existem inúmeros relatos de práticas iatrogênicas e violações de direitos humanos provenientes destas instituições. Pesquisas amplas no Estado de São Paulo (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016), de Minas Gerais (Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2016) e nacionalmente (Conselho Federal de Psicologia, 2011; Conselho Federal de Psicologia; Ministério Público Federal, 2018) demonstram isso. Ou seja, boa parte das evidências que temos sobre os resultados das CTs no "tratamento" aos(às) usuários(as) de drogas dizem respeito à violação de direitos humanos.

Segundo o relatório do Conselho Federal de Psicologia e Ministério Público Federal (2018, p. 16), a *laborterapia* prática comum nas CTs, "encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes – práticas que trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão", bem como "busca, ainda, substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos internos – sem remuneração ou qualquer garantia trabalhista". Segundo Machado (2011, p. 49), em contraposição ao discurso de ressocializar os internos, "o trabalho institucional significa principalmente um meio de subsistência da comunidade terapêutica".

Algumas dessas instituições denunciadas por violações de direitos humanos são financiadas pelo governo federal. Ou seja, o governo federal, ao financiá-las, está chancelando tais violências.

4. O grosso do financiamento público às Comunidades Terapêuticas é inconstitucional, pois fere o princípio de laicidade

Segundo levantamento do IPEA (2017), 82% das CTs possuía vinculação religiosa, sobretudo com instituições evangélicas e católicas. De acordo com levantamento recente da Agência Pública, cerca de 70% dos recursos do Ministério da Cidadania no primeiro ano do governo Bolsonaro para as CTs foi destinado a CTs cristãs. Ao todo, 487 instituições foram contratadas, sendo que do montante de R$150,5 milhões, pelo menos R$41 milhões foram para CTs evangélicas e R$ 44 milhões para católicas. Ou seja, cerca de R$85 milhões.

Ainda segundo a Agência Pública: "Mais de 60% das CTs contratadas pelo ministério da Cidadania em 2019 têm ligações diretas com grupos religiosos cristãos e/ou são presididas por sacerdotes, como padres, missionários e pastores. Na maioria dessas casas, práticas como leitura da bíblia, cultos, missas e orações fazem parte do tratamento oferecido aos usuários de drogas."

Contudo, o financiamento estatal nos casos de vinculação religiosa fere o princípio constitucional de laicidade.

5. As CTs são instituições não-governamentais

A despeito da heterogeneidade de CTs, é possível estabelecer como consensual sua natureza não-pública (com ou sem fins lucrativos). Conforme argumentamos, o foco de uma ação estatal deve ser no fortalecimento das ações públicas, ainda mais no presente momento de enfrentamento à crise sanitária feito sobremaneira pelo SUS.

CONCLUSÃO: o financiamento público às CTs, como vem sendo feito, não se sustenta nos planos científico/acadêmico, jurídico e, muito menos, ético.

REFERÊNCIAS

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília: CFP; MNPCT; MPF, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). **Dossiê - Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo: Mapeamento das violações de direitos humanos**. São Paulo: CRP-SP, 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota Técnica. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília: IPEA, 2017.

GOMES, T. B.; DALLA VECCHIA. M. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Cien Saude Colet**., Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-38, 2018.

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS (SES-MG). **Relatório de vistorias em comunidades terapêuticas do Programa Aliança pela Vida**. Belo Horizonte: SES-MG, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.

5 MOTIVOS CONTRÁRIOS À ATUAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O *I Censo e Pesquisa Nacional sobre População de Rua* (BRASIL, 2012) - e, até então, único - teve dados coletados entre 2007 e 2008, estimou 31.922 pessoas nessa situação. De acordo com o Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS) de 2019, estima-se 119 mil famílias em situação de rua no Cadastro Único. Em São Paulo, por exemplo, há dados de que, somente nos últimos quatro anos, houve um crescimento de 53% da população de rua, totalizando mais de 24 mil pessoas. O recorte temporal deste aumento é importante de ser destacado e compreendido em relação à conjuntura nacional. Embora com subnotificações numéricas, passados mais de 10 anos, os dados do censo trazem resultados fundamentais: mais de trinta mil pessoas (69,5%) tinham idade entre 25 e 54 anos, sendo 82% homens. Quanto à

distribuição por cor/raça, a proporção de negros (pardos somados a pretos) é maior (67%) do que a proporção encontrada na população em geral (44,6%). Quanto ao acesso à alimentação, serviços e direitos básicos de cidadania, 79,6% fazem, ao menos, uma refeição ao dia (menos da metade com seu próprio dinheiro); os locais mais utilizados para tomar banho e fazer necessidades fisiológicas é a rua; 24,8% não possuem nenhum documento de identificação; 88,5% não recebem qualquer benefício governamental; 95,5% não participam de qualquer movimento social; e 61,6% não votam, visto a ausência do título de eleitor. Cerca de 60% já foram internados em, ao menos, uma instituição (como prisão, abrigo, hospital psiquiátrico, FEBEM ou comunidades terapêuticas).

Sendo assim:

1. É evidente que os direitos básicos de cidadania constituem o principal entrave para possibilidade de resolução de questões cotidianas da população em situação de rua (PSR), sendo necessário seu aperfeiçoamento à realidade desta população e não sua extinção;

2. As primeiras iniciativas do governo federal voltadas à PSR datam de 2005, como o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, ainda em 2005. A articulação desse contingente enquanto grupo social organizado e com possibilidade de visibilidade se dá também em 2005, com o Movimento Nacional da População em Situação de Rua - MNPR. Ainda em 2005 há uma responsabilização do Estado Brasileiro e passa a constar na Política Nacional de Assistência Social (Lei nº 11.258/05) a obrigatoriedade de as políticas de assistência criarem programas direcionados à PSR. A Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053/09) é de 2009 e, portanto, bastante recente em termos temporais. Fica evidente nesta o papel central do Sistema Única de Assistência Social (SUAS), criado em 2005, enquanto regulador dos serviços de acolhimento; e o papel dos municípios, que são responsáveis pela estruturação dos serviços e dados censitários da PSR local. Como principais atribuições do decreto estão: a responsabilidade do, na época, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (hoje Ministério da Cidadania), por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência

Social, de promoção e fomento da rede de acolhimento, através de repasse de recursos aos estados e municípios; a instituição de comitês gestores intersetoriais nos entes que aderirem à política; os princípios da política nacional da PSR , embasados em diretrizes constitucionais de equidade, igualdade e respeito às diferenças. Cabe, logo, o aperfeiçoamento da política com bases nos princípios Constitucionais de defesa à vida e à liberdade;

3. Pensando na realidade e perfil da PSR, tais políticas são ainda mais controversas e seletivas, visto que exigências formais (como a de documentos e comprovação de endereço) e burocráticas, além dos estigmas de servidores e da população voltados à PSR, impossibilitam o acesso dessa população às políticas, não os reconhecendo como sujeito de direitos. Soma-se a esses problemas ainda outros estruturais, como a falta de articulação dos serviços em rede e sua não capacidade de cobertura. Pensando-se no histórico da assistência, vê-se sua estruturação a partir do critério de não aptidão para o trabalho. Aos aptos, cabe à assistência a incorporação ao mercado. A PSR está em uma encruzilhada, nesse sentido, pois, por não estar ingressa no trabalho formal, deixa de ter acesso a uma série de políticas de proteção social e, por outro, por serem, em sua maioria, aptas ao trabalho, não encontram espaço nas políticas de assistência social (SILVA , 2006). Assim, no âmbito das políticas públicas, a PSR foi assumida primeiramente como responsabilidade da assistência social a partir de um caráter assistencialista e, ao chegar à área saúde, o olhar adquire viés clínico, higienista e sanitarista, que tende a reduzir essa questão complexa a um enfoque individualista e patologizante, que se vale de características individuais, como o uso de drogas e os problemas psiquiátricos. Mais uma vez, trata-se de aperfeiçoá-las à realidade da PSR. Tratando-se de políticas públicas destinadas à PSR que, dada sua importância, merecem ser vistas como objetos de aperfeiçoamento, destacamos: o Consultório de/na rua, o CAPSad e Centro Pop;

4. As parcas experiências exitosas em relação ao uso de drogas na PSR são, justamente, ligadas às políticas públicas e ações de redução de danos em contextos de liberdade. Como exemplo, em 2014, temos o programa “De Braços Abertos”, da Prefeitura de São Paulo, que surge com a proposta de afastar a concepção meramente policial e abordar temáticas como trabalho e

moradia. Além de não exigir abstinência do uso de drogas, fornecia serviços básicos, como chuveiro e colchões, além de hospedagem em quartos de hotel (em troca da demolição das barracas), trabalho diário e alimentação. Segundo relatório de avaliação elaborado por Rui, Fiore & Tófoli (2016), o programa, inovador perante a realidade histórica, teve resultados significativos quanto à redução do uso de crack, acesso a políticas públicas e reinserção social. Foi ainda bem avaliado pelos beneficiários, que desejavam continuidade do programa, por este ter gerado melhora nas condições objetivas e subjetivas de vida e por ser um contraponto à inconstância das políticas sociais voltados a eles. Porém, o programa foi extinto oficialmente em maio de 2017 em prol de (não tão) novas medidas que visam o fim da "cracolândia" por via da repressão e do higienismo;

5. As experiências de isolamento - voluntárias e involuntárias - já são uma realidade da vivência da PSR, conforme indicam os dados do censo. As Comunidades Terapêuticas, dessa forma, são, na história desta população (que tem como principais características ser jovem, negra e pobre), mais uma forma de criminalização e aprisionamento. Conforme indica Mendes, Ronzani & Santana (2019), o discurso religioso/espiritualista aparece como central na constituição da história de vida da PSR, seja para justificar uma postura resignada perante a situação de vulnerabilidades, ou para encontrar possibilidades de saída dela, o que talvez se deva à quase nula relação com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Logo, buscam no divino a mudança concreta. As religiões neopentecostais e a católica são preponderantes nos discursos, bem como a ida a Comunidades Terapêuticas de designação religiosa. Associadas ao desmantelamento das políticas sociais e de saúde, a resignação contribui ao fortalecimento de medidas assistencialista, caritativas e, até mesmo, coercitivas, como verificado (e denunciado pelos próprios entrevistados na pesquisa citada) nas Comunidades Terapêuticas. Por isso, o fortalecimento de movimentos, como o MNPR, é fundamental.

Referências

BRASIL. *Primeiro Censo e Pesquisa nacional sobre população de rua*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF, 2012.

MENDES, K.; RONZANI, T.; SANTANA, F. *Se essa rua falasse:* uma análise sobre estigma, pobreza e uso de drogas nas trajetórias de sujeitos em situação de rua. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2019.

RUI, T.; FIORI, M.; TÓFOLI, L. F. *Pesquisa preliminar de avaliação do Programa "De Braços Abertos"*. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo: 2016.

SILVA, M. L. *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília: 2006.

Grupo de Trabalho da ANPEPP "Drogas e Sociedade"

Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR) - Rio Grande do Norte

ASSINAM O PRESENTE DOCUMENTO

Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR)

Fórum Nacional da População em Situação de Rua

Amigos Múltiplos pela Esclerose (AME)

Articulação Nacional de AIDS (ANAIDS)

Articulação Brasileira de Gays (ARTGAY)

Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS)

Associação Brasileiro de Ensino de Psicologia (ABEP)

Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (BRAPEP)

Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento (ABPD)

Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA)

Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO)

Associação Brasileira de Psicologia Política (ABPP)

Associação Brasileira de Psicologia Social - Núcleo Juiz de Fora (ABRAPSO/JF)

Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)

Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD)

Associação de Luta por Moradia “Moradia para Todos”

Associação de Redução de Danos do Amazonas (ARDAM)

Associação de Usuários e Familiares de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Alagoas (ASSUMA)

Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM-MG)

Associação dos Usuários e Familiares de Palmeiras do Índio de Alagoas (ASSUMPE)

Associação Inclui Mais

Associação Loucos Por Voce/Ipatinga-MG

Associação Potiguar Plural de Familiares

Amigos e Usuários da Saúde Mental

Cedeca Casa Renascer - Rio Grande do Norte

Central de Cooperativas Unisol Brasil

Centro Acadêmico de Psicologia - Gestão Nise da Silveira (UESB)

Centro Acadêmico de Psicologia A.C. Simões - Gestão Carolina Maria de Jesus (UFAL)

Centro Acadêmico de Psicologia da UFRN/Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA)

Centro Acadêmico de Psicologia da UNESP Assis - Gestão Nise da Silveira

Centro Acadêmico de Psicologia Iara Iavelberg (UFJF)

Centro Acadêmico de Psicologia III de Fevereiro (UFTM)

Centro Acadêmico de Psicologia Virgínia Bicudo (UFGD)

Centro Acadêmico de Psicologia XV de Maio União e Resistência (Paranaíba-UFMS)

Centro Acadêmico dos Estudantes de Psicologia do Mackenzie - Gestão Resiste

Centro Acadêmico Pio Décimo (CAPsi FPD)

Centro Acadêmico Silvia Lane da Faculdade Machado Sobrinho

Centro de Convivência É de Lei

Coletivo Baiano de Luta Antimanicomial

Coletivo Flamas/SP

Centro Gaspar Garcia de Direitos Humanos

Coletivo Liberdade (CoLib)

Coletivo Liberdade - Goiás

Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH-UFRN)

Centro de Referência, Pesquisa e Intervenção em Álcool e outras Drogas (CREPEIA/UFJF)

Coletivo Feminista Classista Ana Montenegro - Juiz de Fora (CFCAM-JF)

Coletivo Feminista Helen Keller

Coletivo Feto do D.A. Praça da Liberdade

Coletivo Psicologias em Movimento da BA

Coletivo Tem Sentimento

Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento das Políticas Públicas para a População em Situação de Rua no Rio Grande do Norte (CIAMPRUA/RN)

Conselho Regional de Psicologia Amazonas/Roraima

Conselho Regional de Psicologia do DF

Conselho Regional de Psicologia do PE

Conselho Regional de Psicologia da Bahia

Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

Conselho Regional de Psicologia do Paraná

Conselho Regional de Psicologia de Pernambuco

Conselho Regional de Psicologia do Pará/Amapá

Conselho Regional de Psicologia do Ceará

Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Norte

Conselho Regional de Psicologia do Mato Grosso

Conselho Regional de Psicologia do Sergipe

Conselho regional de Psicologia do Piauí

Conselho Regional de Psicologia do Maranhão

Conselho Regional de Psicologia da Paraíba

Conselho Regional de Psicologia do Mato Grosso do Sul

Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Conselho Estadual de Saúde de MG/Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica

DAPSI UFF Niterói

Diretório Acadêmico Escípio Cunha Lobo do Instituto de Psicologia da PUC Minas - Campus Coração Eucarístico

Diretório Acadêmico Maria de Fátima Lobo Boschi - PUC Minas Campus São Gabriel

Diretório Central dos Estudantes da UNA

Espaço Potencial Winnicott SP

Forum Cearense de Saude Mental

Fórum da Rua de Brasília

Fórum Gaúcho de Saúde Mental

Fórum Mineiro de Saúde Mental

Fórum de Trabalhadores de Saúde Mental - PE

Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos

Grupo de Economia Solidária Cozinheiros de Rua

Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde (GEPS/UFRN)

Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho (GEPET/UFRN)

Grupo de Estudos em Política, Produção de Subjetividade e Práticas de Resistência (UFRN)

Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas da Universidade Federal de Pernambuco (GEAD/UFPE)

Grupo de Extensão Popular Ignacio Martín-Baró (UFRJ)

Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (UFPB)

Grupo de Pesquisa Martín-Baró: Política Social, Psicologia e Direitos Humanos (UFJF)

Instituto Silvia Lane-SP

Intercambiantes Brasil

Intercambiantes ES

Intercambiantes Goiás

Intercambiantes Mato Grosso

Intercambiantes Paraíba

Intercambiantes PE

Intercambiantes RN

Laboratório de Estudos em Tanatologia e Humanização das Práticas em Saúde (LETHS/UFRN)

Laboratório de Família, Grupo e Comunidade (LABFAM/UnB)

Laboratório de Pesquisa e Extensão em Neuropsicologia da UFRN (LAPEN/UFRN)

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)

Modos de subjetivação, políticas públicas e contextos de vulnerabilidade (UFRN)

Movimento Brasileiro de Redução de Danos (MBRD/DF)

Movimento Negro Unificado (MNU)

Movimento pela Proteção Integral para Crianças e Adolescentes

Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal

Nova Central Sindical dos Trabalhadores

Núcleo de Estudos de Linguagem e Sociedade (CEAM/UnB)

Núcleo de Estudos de Violência e Direitos Humanos (NEVIDH) UFJF

Núcleo de Estudos sobre Drogas NUCED/UFC

Núcleo de Extensão e Pesquisa em Ciências Criminais (NEPcrim) UFJF

Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas (NUD/UFCG)

Núcleo de Pesquisa e Intervenção em Psicologia Crítica e Subjetivação Política da UFDPAR

Núcleo de Pesquisa e Intervenção na Política de Drogas (NUPID/UFSJ)

Núcleo de Defesa e Direitos Humanos da População em Situação de Rua - SP - NDDH-SP

Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (NUMANS)

Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM)

Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades - PE

Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental (NISAM)/UFBA

Núcleo Lógicas Institucionais e Coletivas do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social-PUC-SP

Núcleo Pela Superação dos Manicômios NESM - BA

Núcleo Transdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Saúde e Subjetividade - NuTEPSS, UFDPar

Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde do Sertão do Submédio São Francisco - UNIVASF

Observa PopRua

Observatório de Saúde Mental (UFRN)

ONG Promoção, Pesquisa e Intervenção em Direitos Humanos e Cidadania

Partido Comunista Brasileiro - Juiz de Fora (PCB - JF)

Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas (PRODEQUI/UnB)

Projeto Encontro de Saberes (PROEX/UFRN)

Psicologia e Ladinidades (UnB)

Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA/DF)

Referências Técnicas de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais das 28 Unidades Regionais de Saúde

Rede Lai Lai Apejo

Rede Nacional Internucleos da Luta Antimanicomial - RENILA

Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS - RNP+ Brasil

Tulipas do Cerrado

União da Juventude Comunista - Juiz de Fora (UJC - JF)

União Nacional de Negros e Negras pela Igualdade - UNEGRO Nacional

União Nacional de Negros e Negras pela Igualdade - UNEGRO/RN