

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

RAISSA AGUIAR DE OLIVEIRA

RECIFE/PE

2025

RAISSA AGUIAR DE OLIVEIRA

**“A Contrarreforma Psiquiátrica e a Expansão das Comunidades Terapêuticas:
Impactos na Rede de Atenção Psicossocial”**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Faculdade de
Serviço Social da Universidade
Federal de Pernambuco para
obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

Orientador: Prof Dr. Eduardo Mara

RECIFE
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Oliveira, Raissa .

??A Contrarreforma Psiquiátrica e a Expansão das Comunidades
Terapêuticas: Impactos na Rede de Atenção Psicossocial" / Raissa Oliveira. -
Recife, 2025.

63 : il.

Orientador(a): Eduardo Mara

Cooorientador(a): Raquel Soares

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2025.

10.

Inclui anexos.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Comunidades Terapêuticas. 3. Saúde Mental.
4. Retrocessos. 5. Disciplinas . I. Mara, Eduardo . (Orientação). II. Soares,
Raquel. (Coorientação). IV. Título.

360 CDD (22.ed.)

TERMO DE APROVAÇÃO

RAISSA AGUIAR DE OLIVEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito necessário para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 21/08/2025

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. Eduardo Mara - Orientador

Professora Dra. Raquel Cavalcante Soares

Recife, 21 de Agosto de 2025.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Andréa e Carlos, que por sempre me aplaudirem tão alto eu nunca percebi quem nunca aplaudiu.

A minha mãe, por ter me incentivado, e ao meu pai que mesmo sem ter concluído os estudos sempre acreditou no poder da educação. Eles nunca mediram esforços para que eu pudesse trilhar esse caminho.

A vocês dois, toda minha gratidão.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus pela força e sabedoria durante toda esta caminhada. Me concedendo força para trilhar esse caminho, por iluminar meu caminho durante toda a jornada acadêmica. Pela inspiração nos momentos de dúvida, pela perseverança diante dos desafios e pela graça concedida para a realização deste trabalho.

Também gostaria de agradecer aos meus pais, Andréa e Carlos, que me ajudaram e trabalharam incansavelmente para que eu pudesse realizar o meu sonho, onde nunca mediram esforços para que eu chegasse onde quisesse chegar. Eles sempre acreditaram no poder da educação e hoje consigo concluir minha graduação em uma Universidade Federal. Sem o apoio deles, que serviram como meu porto seguro, nada disso seria possível. Agradeço todos os dias por vocês serem minha base, minha fortaleza e antes de me verem formada profissionalmente, terem sido os responsáveis por me formar como pessoa.

A toda minha família, que sempre pude contar ao longo desses anos, mas em especial minha irmã Rafaela, minha afilhada, Valentina e a minha madrinha Cristina. Que acreditaram em mim e sempre estiveram presentes para aplaudir minhas conquistas, agradeço pelo apoio que me motivou a sempre seguir em frente mesmo diante de dificuldades e chegar até aqui.

Aos amigos com que pude contar ao longo desses quatro anos, Arthur, Rayssa e Sara que foram essenciais para que juntos, pudéssemos tornar esse processo leve e feliz, dividindo o peso da jornada e nos apoiando constantemente. A presença deles foi crucial para que eu continuasse mesmo nos momentos em que pensei em desistir, ter tido vocês foi um verdadeiro privilégio e eu serei eternamente grata.

Agradeço também ao meu orientador, Eduardo Mara, que esteve me apoiando e me auxiliando ao longo da construção desse trabalho, que topou está se adentrando nessa temática e compartilhando seu conhecimento, paciência e dedicação, contribuindo decisivamente para a realização deste trabalho.

Também agradeço a todos os professores e profissionais na área de saúde mental que direta ou indiretamente contribuíram com suas experiências e conhecimento, onde isso foi crucial para meu desenvolvimento e minha formação. Meu reconhecimento e gratidão a todos os profissionais do Serviço Social, que, com compromisso ético e político, constroem diariamente caminhos de luta pela justiça social.

E, por fim, gostaria de evidenciar que este trabalho é fruto da soma de esforços, gratidão a todos que estiveram comigo e sempre me deram motivação ao longo do percurso acadêmico e contribuíram para a minha formação acadêmica, profissional e humana, reafirmando que essa conquista é também coletiva.

EPÍGRAFE

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.” – Paulo Freire.

RESUMO

Esta monografia teve como objetivo analisar a influência das comunidades terapêuticas no cenário da política de saúde mental brasileira, evidenciando como sua expansão representa um movimento contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Compreende-se que essas instituições, em grande parte marcadas por práticas moralizantes, disciplinadoras e, frequentemente, de cunho religioso, contrariam os fundamentos da atenção psicossocial e do cuidado em liberdade defendidos pela reforma. Para alcançar tal objetivo, foram utilizados os métodos de pesquisa documental e bibliográfica, com base em autores e pesquisas relevantes da área da saúde mental e das políticas públicas sobre drogas. A pesquisa bibliográfica concentrou-se em artigos científicos, livros e produções acadêmicas que abordam a história da loucura, os fundamentos ético-políticos da Reforma Psiquiátrica e a trajetória das comunidades terapêuticas no Brasil. Já a pesquisa documental utilizou como fontes principais a legislação em saúde mental, diretrizes do Ministério da Saúde e relatórios de órgãos de controle social e direitos humanos. Foi realizada uma retomada histórica sobre os diferentes modos de tratamento destinados às pessoas em sofrimento psíquico e usuárias de substâncias psicoativas, contextualizando o surgimento das comunidades terapêuticas como resposta às demandas sociais por enfrentamento ao uso abusivo de drogas. No entanto, também se evidenciam as inúmeras denúncias de violações de direitos humanos, a fragilidade técnica dessas instituições e o distanciamento em relação aos princípios da desinstitucionalização e da atenção humanizada. A pesquisa demonstra que a consolidação das comunidades terapêuticas como política pública, especialmente a partir da década de 2010, está fortemente associada a um processo de contrarreforma psiquiátrica, marcado pelo enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e pelo retorno de práticas manicomiais sob nova roupagem. Assim, a temática investigada se mostra de extrema relevância acadêmica e social, especialmente diante da urgência em defender os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira frente aos retrocessos em curso.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Comunidades Terapêuticas, Saúde Mental, Retrocessos, disciplina;

ABSTRACT

This monograph aimed to analyze the influence of therapeutic communities in the scenario of Brazilian mental health policy, showing how their expansion represents a movement contrary to the principles of the Psychiatric Reform. It is understood that these institutions, largely marked by moralizing, disciplining, and often religious practices, contradict the foundations of psychosocial care and care in freedom defended by the reform. To achieve this objective, documentary and bibliographic research methods were used, based on authors and relevant research in the area of mental health and public policies on drugs. The bibliographic research focused on scientific articles, books and academic productions that address the history of madness, the ethical-political foundations of the Psychiatric Reform and the trajectory of therapeutic communities in Brazil. The documentary research used as main sources the mental health legislation, guidelines of the Ministry of Health and reports of social control and human rights bodies. A historical review was carried out on the different modes of treatment for people in psychological suffering and users of psychoactive substances, contextualizing the emergence of therapeutic communities as a response to social demands to confront drug abuse. However, the numerous complaints of human rights violations, the technical fragility of these institutions, and the distancing from the principles of deinstitutionalization and humanized care are also evident. The research demonstrates that the consolidation of therapeutic communities as a public policy, especially from the 2010s onwards, is strongly associated with a process of psychiatric counter-reform, marked by the weakening of the Psychosocial Care Network (RAPS) and the return of asylum practices under a new guise. Thus, the investigated theme is of extreme academic and social relevance, especially in view of the urgency to defend the advances achieved by the Brazilian Psychiatric Reform in the face of ongoing setbacks.

Key words: Psychiatric Reform, Therapeutic Communities, Mental Health, Setbacks, discipline.

LISTA DE ABREVIATURAS

AA — Alcoólicos Anônimos
ABP — Associação Brasileira de Psiquiatria
AIH — Autorização de Internação Hospitalar
CAPS — Centro de Atenção Psicossocial
CEBRAP — Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CESeC — Centro de Estudos de Segurança e Cidadania
CFP — Conselho Federal de Psicologia
CNS — Conselho Nacional de Saúde
CT — Comunidade Terapêutica
DINSAM — Divisão Nacional de Saúde Mental (atualmente descontinuada ou incorporada)
FNS — Fundo Nacional de Saúde
FUNAD — Fundação Nacional Antidrogas (extinta e incorporada à SENAD)
IPEA — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNPCT — Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MPF — Ministério Público Federal
MTSM — Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NA — Narcóticos Anônimos
OAB — Ordem dos Advogados do Brasil
OAPS — Observatório de Análise Política em Saúde
OMS — Organização Mundial da Saúde
PDI — Projeto de Desenvolvimento Institucional (ou Plano de Desenvolvimento Individual)
PNAD — Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RAPS — Rede de Atenção Psicossocial
RD — Redução de Danos
SENAD — Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SEPOD — Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas
SUS — Sistema Único de Saúde
UA — Unidade de Acolhimento

UERJ — Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

A Contrarreforma Psiquiátrica e a Expansão das Comunidades Terapêuticas: o Investimento Público nesses Espaços

INTRODUÇÃO.....	13
1. Contextualização histórica da loucura: do alienismo à Reforma Psiquiátrica.....	15
1.1 Trajetória da Loucura Brasil.....	15
1.2 Fundamentos Legais, Éticos e Políticos da Reforma Psiquiátrica.....	24
2. Breve histórico das comunidades terapêuticas.....	28
2.1 Fundamentos Históricos das Comunidades Terapêuticas.....	28
2.2 O argumento ideológico das Comunidades Terapêuticas.....	34
3.	40
4. Considerações Finais.....	52
5. Anexos.....	55
6. Referências.....	58

1. INTRODUÇÃO

O tratamento conferido à loucura ao longo da história revela um processo marcado por exclusão, repressão e institucionalização, em que os sujeitos em sofrimento mental foram sistematicamente retirados do convívio social e submetidos a práticas de controle, muitas vezes violentas, legitimadas por discursos médicos, morais e religiosos. No Brasil, esse modelo excludente se consolidou por meio da expansão dos hospitais psiquiátricos, reforçando uma lógica manicomial que tratava a loucura como ameaça à ordem pública e à produtividade econômica.

A escolha da temática surgiu a partir de vivências em atividades acadêmicas e no estágio curricular obrigatório em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). No estágio curricular obrigatório, me foi dada a oportunidade de conhecer os serviços oferecidos por um CAPS, um serviço de saúde mental oferecido pelo município, e consegui aproximar-me da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos dispositivos de atenção à saúde mental.

O objetivo geral desta pesquisa consiste em destacar a influência das Comunidades Terapêuticas no processo de contrarreforma psiquiátrica, dessa forma, foi feita a análise da história da loucura ao longo dos anos, o percurso realizado na Saúde Mental e o fortalecimento e financiamento de comunidades terapêuticas que, muitas vezes, reproduzem práticas autoritárias, moralizantes e desarticuladas da lógica territorial e intersetorial da RAPS.

O Estado brasileiro passou por profundas mudanças nos âmbitos político, econômico e social, ao longo da década de 1980. Dentre essas mudanças, evidenciam-se as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, salientando que esta última visa à mudança do tratamento de pessoas em sofrimento mental sob a forma manicomial asilar, para um modelo humanizado, amplo e integral no qual se considera o indivíduo com transtorno um sujeito de direitos e respeitam-se as diretrizes dos direitos humanos e da Constituição Federal de 1988. Com a criação do SUS (1990), pela lei maior do país, foram estabelecidos novos moldes de o Estado promover a saúde como direito de todos.

A desconstrução de modelos de caráter asilar de oferta em saúde mental é de grande impacto sobre a qualidade de vida, porque propicia a retomada do exercício da cidadania dos indivíduos em situação de sofrimento mental, seja esse acometido

por algum transtorno patológico ou decorrente do uso de substâncias psicoativas. Neste último caso, é relevante a discussão sobre novas formas de produzir saúde capazes de respeitar os princípios da Reforma Psiquiátrica e os Direitos Humanos levando em consideração as subjetividades dos sujeitos em tratamento e as peculiaridades das realidades a qual estão inseridos, vislumbrando a redução de danos à saúde e ao convívio social.

Na primeira seção desta monografia, é feito o resgate histórico da loucura, as formas como as sociedades lidam com essa questão, do surgimento dos hospitais psiquiátricos e da Psiquiatria, assim como, das diversas transformações que as políticas de saúde mental sofreram. Em seguida são demonstradas as formas como o Brasil lidou com a loucura, as influências internacionais e o surgimento do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira e da luta antimanicomial, a partir da década de 1970.

Na segunda seção, inicialmente, abordamos um breve histórico das comunidades terapêuticas, trazendo suas origens e seus fundamentos históricos, também trouxe o tripé de funcionamento que é baseado no tratamento dentro deste espaço, como: abstinência como exigência, disciplina comportamental, e o uso da espiritualização, vinculando a "cura" a essa submissão a fé e a práticas religiosas, buscando trazer relato dessas pessoas nesses espaços. Por fim, trouxe dados de como se dá o seu financiamento público no Brasil, a forte presença de entidades religiosas nessas instituições.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA LOUCURA: DO ALIENISMO A REFORMA PSQUIÁTRICA

1.1 A trajetória da loucura

As questões da loucura sempre estiveram presentes na história da humanidade, por diversos momentos, a loucura era vista como coisa do sobrenatural, ligadas ao mal e a possessões demoníacas. Pessoas que sofriam com algum tipo de distúrbio eram perseguidas e sofriam bastante repressão.

As disfunções mentais apresentaram significados diferentes de acordo com os períodos históricos. Na antiguidade clássica, houve a prática da higienização social, onde o objetivo era realizar a “limpeza” da sociedade de tudo aquilo que era indesejado, incluindo as pessoas com deficiências mentais, pois eram entendidas como uma degradação da condição de ser humano. A Idade Média é marcada pela associação da loucura às possessões diabólicas, como pessoas que estavam sofrendo pelo “resultado” de seus pecados, e tal concepção concretizará o pensamento medieval sobre as doenças da mente (SILVA, et al. 2006. p.9-10). Há relatos históricos onde registram que dentre milhares de pessoas que foram sacrificadas pela inquisição católica encontram-se os loucos e deficientes acusados de irem contra preceitos religiosos. O tratamento mais comum utilizado era o exorcismo, onde as pessoas consideradas “loucas” eram enviadas a mosteiros, igrejas, conventos onde ficavam todo tempo sob vigilância, pois acreditavam que o sofrimento fazia com que os demônios que afirmavam existir fossem expulsos. A compreensão do processo da loucura, enquanto doença natural, tal como as doenças do corpo foi concebida na Idade Moderna, mas, apesar do avanço, o sujeito acometido por tais enfermidades seguia no caminho da marginalidade e exclusão social (SILVA, et al. 2006. p.9-10).

A nova forma de entender a loucura não fez com que essas pessoas ficassem isentas da segregação e do isolamento, afinal, esses indivíduos eram compulsoriamente obrigados a ocupar diversos locais na sociedade, como: igrejas, asilos, hospitais, etc. A origem desses espaços de atendimento a pessoas doentes teve início no século IV e nasceu com a prestação da caridade religiosa tendo como objetivo oferecer abrigo, alimentação aos pobres, miseráveis, mendigos e

desabrigados que adoeceram em consequência dessas condições de privação do mínimo necessário para a sobrevivência.

No contexto da nova forma de entender esses distúrbios mentais como doença, é criado o Hospital Geral da França, em 1656, e é um marco no processo de institucionalização da loucura na Europa. Esse hospital possuía funções que iam para além dos serviços assistenciais médicos, inclusive, configurava-se enquanto uma estrutura semi jurídica, capaz de julgar, decidir e executar sentenças, possuindo um caráter de instituição de reclusão e disciplina. Estes hospitais tinham a função de correção dos indivíduos recolhidos, punindo a ociosidade e reeducando através de instruções religiosas. A decisão pela internação dos indivíduos passou a ser tomada pela monarquia, por solicitação das famílias ou por determinação das autoridades públicas, sendo estas responsáveis pelo recolhimento e confinamento dos sujeitos, com o objetivo de aplicar medidas de correção e tratamento. Com as transformações que incidiram sobre a sociedade, no período posterior ao século XVII – marco do capitalismo concorrencial –, onde os processos revolucionários burgueses imputaram novos significados aos indivíduos, naquele momento os sujeitos eram livres e autônomos, para a venda de sua força de trabalho. Entretanto, essa liberdade é experimentada de forma diferenciada pelos homens a partir de seu posicionamento de classe (TRINDADE, et al., 2010). A garantia da liberdade e igualdade, que surgira com o novo modo de produção, não se aplicava ao louco como poderemos conferir no trecho que segue:

A burguesia ascende fundamentada na valorização do que é racional, da razão, com uma exigência de uma nova liberdade, porém as principais necessidades que afloram no contexto capitalista visam atender ao interesse do capital e da classe dominante, e o louco é um desafio a essa razão. Pois, como indivíduo, ele é sujeito, e como sujeito ele se mostra insensato, e pela insensatez ele não é sujeito de direito. Todos devem ser responsáveis pelos seus atos, mas a loucura o torna impossibilitado de responder pelos seus atos; dessa forma, não pode ser objeto de sanções. Incapaz de trabalhar ou de „servir“, não entra no circuito regulado das trocas, essa livre circulação de mercadorias e de homens a qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém segundo outros sistemas de punições, diverso do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis, isso em uma sociedade que se orgulha por conseguir a liberdade e igualdade perante a lei. (CASTEL, 2013, p 25).

O sujeito que possuía algum tipo de adoecimento mental era visto como um atraso, um alguém que não representava o desenvolvimento social, não sendo útil e não podendo ser

utilizada sua mão de obra para o sistema de produção, pois não conseguiriam vender sua força de trabalho. O fortalecimento dos princípios liberais só influenciaram ainda mais essa perspectiva, afinal, na lógica liberal especialmente a partir do advento do capitalismo industrial, a noção de utilidade do indivíduo passou a ser medida pela sua capacidade de produzir e vender sua força de trabalho. Dentro dessa racionalidade, os sujeitos que não se encaixavam nos padrões de produtividade — como os considerados "loucos" — passaram a ser vistos como socialmente inúteis e economicamente descartáveis. A loucura, nesse contexto, deixou de ser apenas um fenômeno de ordem existencial ou espiritual para ser percebida como uma forma de desvio da norma produtiva, uma anomalia que atrapalha a engrenagem do capital.

No entanto, embora inicialmente os chamados "loucos" tenham sido excluídos da esfera produtiva, confinados em instituições manicomiais sob justificativas médicas e morais, o projeto liberal não abandona totalmente esses sujeitos. Ao contrário, a lógica liberal capitalista busca readequar esses corpos desviantes à lógica do mercado. Dessa forma, o confinamento em manicômios passa a cumprir a função de controle social e de disciplinamento, com o objetivo de corrigir comportamentos, normatizar condutas e, sempre que possível, devolver o indivíduo "reabilitado" ao mercado de trabalho, mesmo utilizando esse processo muitas vezes por meio de práticas violentas.

Com o crescente envolvimento dos médicos nos hospitais gerais franceses, ocorreu uma transformação mútua nas relações dentro dessas instituições. Conforme aponta Amarante (2013), à medida que os profissionais da medicina buscavam tornar os hospitais mais humanos, também acabavam por introduzir neles a lógica médica, ou seja, à transformação da loucura em objeto da medicina, que consequentemente acaba criando uma autoridade da medicina sobre outras formas de saber. Ao mesmo tempo, a prática médica passou a se moldar às rotinas hospitalares, tornando-se um saber e uma atuação cada vez mais restrita a esse ambiente. Essa presença intensificada da medicina nos hospitais aproximou essas instituições do conhecimento científico. Como resultado, práticas de cuidado e assistência que anteriormente eram de responsabilidade religiosa passaram a ser dominadas pela medicina. Foi nesse contexto que os hospitais se consolidaram como o espaço principal da atuação médica — cenário em que o médico Philippe Pinel (1745–1826) assumiu a direção do Hospital de Bicêtre, uma das unidades do Hospital Geral de Paris.

Considerado um dos pais da psiquiatria moderna, Pinel é reconhecido por romper com as práticas brutais de tratamento da loucura em instituições de saúde mental no século

XVIII, ele inseriu ao debate médico-científico o conceito de alienação mental, referindo-se ao que chamamos hoje de transtorno ou sofrimento mental. Seu tratamento buscava compreender os indivíduos como seres humanos, e não como corpos perigosos e que representavam o mal, como era anteriormente. O “tratamento moral” de Pinel tinha sua principal base no isolamento do indivíduo do meio social, considerando que as causas para a alienação estão no convívio social. Podemos confirmar tal assertiva na citação a seguir referente ao tratamento sugerido por Pinel aos alienados:

O primeiro, e mais importante, passo para o tratamento, de acordo com Pinel, seria o isolamento do mundo exterior. O isolamento – entendia-se a institucionalização/hospitalização integral – seria assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente. Afastava-se, pois, o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada para consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requeria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos (AMARANTE, 2013, p 31.).

O século XVIII é marcado por essas mudanças na visão de como se enxergar a loucura, começando a considerar a loucura algo que pode se desencadear devido fatores sociais, como pressões morais, condições de vida precarizadas, etc. Mas, mesmo com esse avanço, manteve-se o caráter asilar, de segregação, da assistência médica às pessoas com transtorno mental.

Ao longo do século XIX, no contexto da consolidação do capitalismo monopolista, ocorreram mudanças significativas na forma como a loucura passou a ser interpretada. Nesse cenário, a psiquiatria, reconhecida como uma especialidade médica e influenciada pela atuação teórico-prática de Pinel, passou a assumir o cuidado dos indivíduos considerados alienados. De acordo com Esquirol (1772–1840), discípulo de Pinel, esse campo da psiquiatria se apoiava em cinco fundamentos principais que justificavam a internação dos sujeitos:

(1) Garantir a segurança pessoal dos loucos e de seus familiares; (2) impedir influências externas; (3) vencer suas resistências pessoais; (4) submetê-los a um regime médico e (5) impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (SILVA et al 2006, p 12).

O interesse pela investigação em entender as doenças da mente vai surgindo com o nascimento da Psiquiatria, surgindo o interesse científico e clínico mais

sistemático sobre as doenças da mente. A psiquiatria nasce como campo disciplinar e a loucura passa a ser tratada dentro do modelo médico. Na metade do século XX, em meados de 1950, a ciência passa a reconhecer a influência dos fatores sociais nas origens das doenças mentais, destacando-se o avanço da mercantilização das relações humanas. O capital incorpora diversas dimensões da vida — como a educação, a saúde, a cultura e o lazer — à sua lógica de funcionamento, com o objetivo de garantir o lucro e intensificar a acumulação, transformando essas esferas em mercadorias.

A confiança na capacidade terapêutica dos hospitais psiquiátricos, e até mesmo na psiquiatria, sofreu grandes abalos com a dificuldade que estas instituições tinham em diferenciar a loucura, da sanidade mental, além das diversas denúncias, por maus tratos aos internos, e o excesso da objetividade desta entidade na função de segregação e isolamento de determinados grupos sociais (AMARANTE, 2013).

A vontade de humanizar os espaços manicomiais e humanizar o saber psiquiátrico inicia-se na Europa do século XX, no período pós-segunda guerra mundial. Nesse período, surgiram iniciativas como as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra, a chamada Psicoterapia Institucional, e a Psiquiatria de Setor, ambas desenvolvidas na França. Também merece destaque, nesse cenário, a Psiquiatria Preventiva norte-americana. No entanto, vale ressaltar que essas abordagens reformistas não tinham, necessariamente, o propósito de questionar profundamente a psiquiatria tradicional e seu modelo manicomial. A crítica direta à estrutura e à lógica da psiquiatria clássica foi assumida por outras duas correntes: a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana (TRINDADE et al., 2010).

As Comunidades Terapêuticas (CTs) surgiram no período imediatamente posterior à Segunda Guerra Mundial, estando diretamente ligadas às consequências do conflito. Seu surgimento se deu como resposta à demanda de atendimento aos jovens soldados que retornavam emocionalmente fragilizados dos campos de batalha. Esses indivíduos necessitavam de cuidados em saúde mental que os hospitais da época não estavam preparados para oferecer, devido à limitação técnica e estrutural. Além disso, havia uma urgência em reinserir esses sujeitos na vida cotidiana e no mundo do trabalho, como parte do esforço nacional de reconstrução dos países destruídos pela guerra. Essa necessidade contribuiu para legitimar a criação dessas instituições. A proposta central das CTs era reconhecer e estimular as capacidades de cada indivíduo dentro do processo terapêutico. Como destaca

Amarante (2013, p. 42):

[os integrantes das comunidades terapêuticas] organizavam reuniões em que discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um; realizavam assembleias com duzentos ou mais pacientes; elaboravam propostas de trabalho em que todos (pacientes e funcionários) pudessem estar envolvidos etc.

As comunidades terapêuticas adquiriram reconhecimento social mediante as contribuições de Maxwell Jones (1907-1990), que criou grupos de discussão, e grupos operativos, possibilitando o envolvimento maior dos sujeitos em seus tratamentos. Jones considerava que cabia a todos a função terapêutica, desde as famílias, aos usuários, passando inclusive pelos técnicos. O trabalho consistia em potencializar a atuação das equipes, com vistas a diminuir as situações de abandono e violência. Maxwell Jones pensou em uma prática terapêutica onde todas as possibilidades fossem analisadas. A partir disso, as comunidades terapêuticas obtiveram um significado próprio. Assim, de acordo com Amarante (2013, p. 43):

Por Comunidade terapêutica passou-se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e democratização" das relações, nas palavras do próprio Maxwell Jones, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica.

Houve outras correntes que também ganharam destaque nesse momento, como a PDI (Psiquiatria Democrática Italiana), que sempre teve como foco o embate político. Seu foco era o combate ao manicômio e pela revisão do estatuto jurídico do doente mental, por entender que esses dois aspectos estão intimamente relacionados. (Ferreira Neto, 2010). Essas vias de reforma da psiquiatria tradicional, de forma alguma, tinham por objetivo a crítica à Psiquiatria e ao seu aparato manicomial, na teoria, seus discursos eram de novo modelo de cuidado, que não fosse apenas considerando o tratamento médico utilizado dentro dos manicômios.

Ainda no século XX, em meados da década de 70 e 80, o consumo de álcool e drogas também passou a ser tratado pela medicina como transtorno mental, e os

hospitais psiquiátricos começaram a receber usuários de substâncias, muitas vezes sem diagnóstico clínico claro. No Brasil, instituições como o Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, também conhecido como o hospício da praia vermelha, recebiam as pessoas que eram consideradas “impróprios para a convivência em sociedade”, como por exemplo os alcoólatras crônicos e toxicômanos. Esses exemplos ficam claros no decreto de 27/04/1656 - França - tipologia dos cidadãos possíveis de serem presos pela milícia (arqueiros do hospital), citado por Döner, 1974.

Os mendigos e vagabundos, as pessoas sem domicílio, sem trabalho ou sem ofício, os criminosos, os rebeldes políticos e os hereges, as prostitutas, os libertinos, os sífilíticos e alcoólatras, e os loucos, idiotas e maltrapilhos, assim como as esposas molestas, as filhas violadas ou os filhos perdulários, foram, através desse procedimento, convertido em iníquos, e até transformado em invisíveis. (DÖRNER, 1974 apud DESVIAT, 1999, p.15)

TRAJETÓRIA NO BRASIL

Esse espaço foi a primeira instituição pública destinada ao tratamento de pessoas com transtornos mentais no Brasil. Fundado em 1852, no Rio de Janeiro — então capital do Império —, marcou o início da psiquiatria institucionalizada no país, inspirado nos modelos europeus do século XIX, como Pinel e Esquirol, que introduziu o chamado “tratamento moral”.

A criação do hospício atendeu a demandas médicas e políticas da época, que buscavam organizar e controlar os indivíduos considerados “desviantes” da ordem social, sob a justificativa de cuidados terapêuticos. Quanto aos doentes mentais ricos, as famílias os mantinham escondidos em casa sob as condições de amarração e reclusão, em quartos exclusivos ou construções anexas às casas, quando violentos (RESENDE, 1990).

Possuía capacidade para 350 pessoas, com sua direção subordinada à Santa Casa de Misericórdia. Inclusive, a admissão de novos internos estava sob a autoridade das irmãs de caridade religiosas, pois os médicos não participavam dos processos de admissão. Neste mesmo ano, se inaugura o Hospício Provisório de Alienados – SP. Na década de 1860, inaugurou-se, também, a Casa de Saúde Dr. Eiras - RJ, Hospício de Alienados (Ladeira da Tabatinguera) - SP, Hospício de Visitação Santa Isabel - PE, Enfermaria do Hospital de Caridade – PA, dentre outros que foram inaugurados para atender à demanda nacional de alienados, ainda na

segunda metade do século XIX. (RESENDE, 1990, p. 48-50).

As primeiras instituições dedicadas ao tratamento da loucura no Brasil tinham como principal objetivo isolar o indivíduo considerado louco do convívio social, por ser visto como uma ameaça aos demais. Nessas instituições, os maus-tratos eram comuns e incluíam desde longos períodos de jejum e agressões físicas até o uso de camisas de força, entre outras formas de violência, que em alguns casos levavam à morte dos internos. Um dos principais nomes nesse processo de medicalização foi o médico Teixeira Brandão (1854-1921), Brandão apoiava a criação de uma lei no qual pudesse repensar as condições “sequestro” do sujeito para sua internação. Para Portocarrero (2002, p 97)

[...] Com o objetivo de transformar o asilo numa 'instituição fundamental' para a psiquiatria, Teixeira Brandão assinala que é preciso uma lei que defina as condições de seqüestração do louco no asilo, considerando arbitrária qualquer internação não sancionada pelo alienista. A psiquiatria é a única capaz de fazer do seqüestro um ato não-arbitrário, devido a seu saber sobre a loucura.

Eleito deputado, Teixeira Brandão aprova a primeira lei dos alienados – Decreto 1132 de 1903, do Brasil –, que fez dos hospícios único lugar apto a receber os alienados, logicamente, subordinando os processos de internação ao médico. A lei separou os asilos das Santas Casas, trazendo para o Estado, fortemente influenciado pela psiquiatria, a responsabilidade sobre os alienados. Segundo Portocarrero (2002, p. 97), este decreto:

[...] estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordina a fundação de estabelecimentos para alienados à autoridade do ministro do Interior ou dos presidentes ou governadores dos estados, cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados. Essa lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura nacional, e publicamente reconhecida.

Inicialmente, a proposta de mudança psiquiátrica pela via das Comunidades Terapêuticas não teve por objetivo a crítica à psiquiatria, muito pelo contrário, sua

proposta era exatamente qualificar a Psiquiatria introduzindo-lhes novos conceitos e reformulando os hospitais psiquiátricos, onde pelo menos, deveria ser a tentativa de um tratamento mais adequado. A substituição dos manicômios vai para além da mudança na assistência médica, altera a estrutura social, o estigma que o louco carrega historicamente na sociedade, rompendo com esse paradigma na proposta de pensar um novo espaço para a pessoa em sofrimento mental que não seja marginalizado, e sim, de protagonismo e autonomia social. No item seguinte, trataremos do contexto da loucura e da reforma psiquiátrica no Brasil, analisando seus fundamentos éticos e políticos.

1.2 Fundamentos Legais, Éticos e Políticos da Reforma Psiquiátrica

Com alterações na segunda metade do século XIX, ocorreram transformações significativas nos âmbitos social, histórico, político e econômico, as quais impactaram diretamente a forma como a institucionalização da loucura passou a ser concebida, direcionando-a para novas trajetórias.

De acordo com Netto e Braz (2006, p. 177), o reconhecimento dos direitos civis, sociais e políticos — fruto da mobilização da classe trabalhadora — possibilitou o fortalecimento das políticas sociais e a ampliação de sua abrangência. No que se refere ao conjunto institucional então estabelecido (como legislações, políticas públicas, programas, normas, regulamentações, procedimentos burocráticos e administrativos), bem como à lógica que sustentava essa nova estrutura, o emergente Estado de Bem-Estar representou uma mudança profunda nas políticas sociais, especialmente em relação ao impacto e ao alcance imediato dessas novas iniciativas, notadamente nos países que lideraram tal processo (KERSTENETZKY, 2012, p. 13).

No contexto imediato ao fim da guerra (AMARANTE, 1995, p.28), tornou-se premente a reparação dos danos psicológicos, físicos e sociais ocasionados pelo conflito em um vasto número de jovens do sexo masculino (KERSTENETZKY, 2012, p.13). É importante destacar que, nesse cenário de reconstrução nacional, a reabilitação da força de trabalho incapacitada pela guerra era considerada essencial.

Com o término da Segunda Guerra Mundial, vários países iniciaram movimentos de reforma na assistência psiquiátrica, priorizando a necessidade de reconfigurar o modelo de institucionalização da loucura, vista como um dos principais fatores do colapso da psiquiatria hospitalar. Essas propostas baseavam-se em críticas aos métodos e práticas de tratamento em instituições fechadas, de caráter asilar e manicomial. Esse período é caracterizado por transformações políticas, tanto democráticas quanto de cunho revolucionário ou reformista, que buscaram consolidar os direitos civis, sociais e políticos.

No Brasil, é a partir de 1978 que começam a se consolidar ideias fortemente influenciadas pelo pensamento de Franco Basaglia no discurso dos militantes da área da saúde mental. De acordo com Goulart (2007, p. 26), a presença de Basaglia no país não ocorreu de forma aleatória. Suas denúncias, sobretudo em 1979, foram respaldadas por diversas entidades representativas da psiquiatria e da psicologia, como a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Associação Mineira de Psiquiatria, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). É nesse contexto que se inicia a trajetória do movimento antimanicomial brasileiro. Esse ponto de partida é significativo, pois 1978 marca o ressurgimento dos principais movimentos sociais no país, após um extenso período de repressão vivido durante a ditadura militar, que até então restringia a atuação política da sociedade civil. Dentre esses movimentos, destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, criado em 1978, o qual promove um intenso processo de crítica às políticas psiquiátricas da época. Para Amarante (1995), tal movimento aponta para a possibilidade concreta de romper com os modelos tradicionais de atenção à saúde mental.

Nesse momento, começa a ocorrer a ocupação de profissionais do movimento de trabalhadores da saúde mental em secretarias Estaduais de saúde, de acordo com Vasconcelos (2000), a partir de 1982, os estados de São Paulo e Minas Gerais vivenciaram experiências significativas no campo da saúde mental, viabilizadas por mudanças políticas locais que favoreceram o avanço das pautas antimanicomiais. Dentre as principais conquistas do MTSM nesse período, destaca-se a suspensão da criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, bem como a redução gradual daqueles existentes, sempre que possível. Além disso, houve um esforço para regionalizar as ações em saúde mental, promovendo a articulação entre os setores hospitalares e os serviços ambulatoriais em territórios de referência.

Outro ponto relevante foi o controle das internações na rede privada conveniada ao Sistema Único de Saúde, por meio da centralização das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) nos serviços públicos de emergência. Essa medida permitiu maior regulação do acesso aos internamentos psiquiátricos, contribuindo para a redução das hospitalizações desnecessárias e prolongadas. Paralelamente, buscou-se expandir a rede ambulatorial com a inserção de equipes multiprofissionais, capazes de oferecer uma atenção mais integral e humanizada aos usuários. Também se destacou a implementação de práticas de humanização e reinserção social dentro dos asilos estatais, com o objetivo de romper com a lógica asilar e promover a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

Tais experiências foram fundamentais para o amadurecimento das propostas que viriam a compor o projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira, contribuindo diretamente para a construção de uma nova lógica de cuidado em saúde mental baseada na desinstitucionalização, no respeito aos direitos humanos e na ampliação das políticas públicas orientadas pelo princípio da atenção psicossocial.

A década de 1980 traz consigo a promulgação da Constituição Federal, fruto de intensos enfrentamentos com setores conservadores e da forte articulação dos movimentos sociais. Nesse cenário, a reforma sanitária teve papel fundamental na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo, a temática da saúde mental ganhava destaque no cenário internacional, tendo como marco a Declaração de Caracas, que ofereceu fundamentos legais importantes para nortear as experiências de transformação na área. Tanto a Constituição Federal quanto as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, responsáveis por instituir o SUS e regulamentar a participação popular e o financiamento, junto à Declaração de Caracas, compõem o principal arcabouço jurídico que sustenta a proposta da reforma psiquiátrica no Brasil. O SUS é compreendido, assim, como uma das mais importantes conquistas sociais do país, fruto de uma construção coletiva.

A luta antimanicomial no Brasil ganhou novos contornos, com o fortalecimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e o acúmulo de experiências práticas que apontavam para a viabilidade de um novo modelo de atenção em saúde mental. Nesse período, observa-se um amadurecimento das discussões teóricas e políticas que vinham sendo desenvolvidas desde o final da década de 1970, impulsionadas por movimentos sociais, profissionais da saúde, pesquisadores, e principalmente, usuários dos serviços de saúde mental.

Um importante evento que culminou diretamente na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental foi a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que mudou radicalmente a lógica das conferências de saúde, na medida em que trouxe a participação direta da população, ampliando as discussões. Desta conferência, saiu a premissa que norteará os serviços de saúde, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, estabelecendo a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. A VIII CNS estabelece que diversas outras conferências sejam realizadas para pautar assuntos mais específicos de saúde, como a de saúde mental, que só virá a acontecer em 1987, devido a disputas de interesse político-ideológicos entre o Ministério da Saúde, através do DINSAM e o MTSM, prevalecendo este último para o seu andamento. Para fortalecer o seu posicionamento, em relação a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o MTSM realizou diversas conferências municipais e estaduais para propor a realização da nacional (AMARANTE, 1998, p 78).

Em junho de 1987, realiza-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Esse momento foi caracterizado pela forte influência da VIII CNS, na medida em que os propositores do evento – a DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) e a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) – tentaram emplacar-lhe um caráter mais burocrático científico do que o rejeitado pelo MTSM que defendera a participação popular. Este posicionamento do movimento se configurou enquanto momento histórico da trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.

Com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que redefiniu a assistência em saúde mental no Brasil, tornou-se necessária a regulamentação prática e organizacional das ações previstas nessa legislação. Nesse contexto, o Ministério da Saúde passou a editar uma série de portarias normativas que estabeleceram as diretrizes, os serviços e os parâmetros técnicos para a consolidação do modelo de atenção psicossocial. Dentre essas iniciativas, destaca-se a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, como parte integrante da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação da RAPS dialoga diretamente com os fundamentos da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que instituiu o SUS e estabeleceu os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Como observa Amarante (1995; 2007), a consolidação da

Reforma Psiquiátrica exige vigilância constante da sociedade civil e o fortalecimento de uma ética do cuidado em liberdade, capaz de resistir às tentativas de retorno ao modelo manicomial. Além da Portaria nº 3.088/2011, outras normativas importantes contribuíram para o fortalecimento da política de saúde mental no SUS, como a Portaria nº 336/2002, que regulamentou os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e a Portaria nº 2.843/2010, que define diretrizes para os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Entretanto, apesar dos avanços normativos, a implementação da RAPS enfrenta desafios significativos, como o subfinanciamento das ações de saúde mental, e a ameaça constante de retrocessos, especialmente a partir de políticas que buscam retomar práticas manicomiais, além da constante resistência de setores conservadores e financiamento das Comunidades Terapêuticas. Esta modalidade vai no sentido contrário da RAPS e enfrenta fortes críticas, pois não atende aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e remete a modelos de serviços distantes dos pensados para a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental ou usuárias de álcool e outras drogas.

Na medida em que vão se criando os serviços que compõem a RAPS, o Brasil está passando por um momento em que o índice de uso de crack está bastante elevado, principalmente nos centros urbanos, começando a se tornar um dos maiores problemas de saúde pública, ganhando alta visibilidade da mídia, consequentemente aumenta-se a intervenção das organizações não governamentais, assim como também o aumento da quantidade de instituições religiosas.

No próximo tópico será discutido o aumento dessas instituições religiosas, assim como buscar compreender a influência, sua funcionalidade e a argumentação ideológica utilizada, levando em consideração o contexto da Reforma Psiquiátrica ainda em curso.

2. BREVE HISTÓRICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

2.1 Fundamentos Históricos das Comunidades Terapêuticas

As comunidades terapêuticas (CTs) configuram-se como uma das modalidades de atenção voltadas ao cuidado de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, presentes tanto no Brasil quanto em outros contextos internacionais. Essas instituições têm origem, em grande parte, em iniciativas da sociedade civil, especialmente de caráter não governamental, e se organizam como residências coletivas temporárias destinadas ao acolhimento de indivíduos com histórico de uso problemático de drogas. Nesses espaços, os usuários permanecem afastados de seus vínculos sociais anteriores por um determinado período, com o objetivo de promover a abstinência e estimular a adoção de “novos projetos de vida” (LANCETTI, 2005; AMARANTE, 2013).

Durante a permanência nas CTs, os residentes são submetidos a rotinas disciplinadas, compostas por atividades laborais, práticas religiosas e/ou espirituais, terapias psicológicas, grupos de ajuda mútua, entre outras ações, cuja composição varia de acordo com os recursos humanos e financeiros disponíveis em cada instituição. Essas práticas, em sua maioria, são voltadas para a promoção da abstinência total e à reintegração social dos indivíduos a partir de uma lógica normativa e disciplinadora do comportamento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018; FIOCRUZ, 2017). No site da Instituição Manassés, contém a seguinte informação:

Nosso objetivo é proporcionar ao paciente, condições adequadas para que através de comunidades de terapias específicas se mantenham em abstinência total das drogas, álcool e outros. Não só abstinência é importante, mas a abstinência somada a um bom relacionamento familiar e social é fundamental para uma nova vida com qualidade, estruturada, digna e sociável. (Instituição Social Manassés)

A origem desse tipo de instituição é motivo de divergência entre os estudiosos. Alguns autores situam seu surgimento em meados do século XIX, relacionando-o à fundação da organização religiosa Oxford, na Inglaterra, que promovia encontros periódicos voltados ao estudo da Bíblia, com o propósito de incentivar um

"renascimento espiritual da humanidade" (OBID, 2010). De acordo com a mesma fonte, essa organização teria influenciado a criação dos grupos de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA) – e, posteriormente, dos Narcóticos Anônimos (NA) – nos Estados Unidos, a partir do ano de 1935 (OBID, 2010). Por outro lado, há pesquisadores que associam a consolidação do termo "comunidade terapêutica" ao psiquiatra britânico Maxwell Jones, que, nos anos 1950, desenvolveu um modelo de atenção à saúde mental voltado para soldados que apresentavam transtornos psicológicos em decorrência da experiência na Segunda Guerra Mundial (DAMAS, 2013). A proposta de Jones apresentava-se como uma alternativa aos tratamentos psiquiátricos convencionais da época – frequentemente caracterizados como excludentes, coercitivos e pouco eficazes. Entre as inovações propostas estavam: a horizontalidade nas relações entre pacientes e profissionais; a participação ativa dos usuários nas decisões terapêuticas; a incorporação de atividades de trabalho e educação como parte dos processos de cuidado; e a valorização da convivência entre os próprios internos como forma de apoio mútuo no enfrentamento do sofrimento psíquico.

Algumas dessas práticas ainda estão presentes nas comunidades terapêuticas atuais, tanto no Brasil quanto em outros países, como é o caso da realização de atividades laborais e da convivência entre pares. No entanto, ao longo do tempo, esse modelo passou a incorporar traços específicos, mesclando elementos religiosos com práticas originadas na psiquiatria tradicional, resultando em uma abordagem marcada por fundamentos morais e espirituais, que muitas vezes se propõe a corrigir comportamentos considerados desviantes. Embora as comunidades terapêuticas tenham se originado com propostas inovadoras no campo da saúde mental — como a valorização da convivência coletiva, a participação dos usuários nos processos terapêuticos e a ruptura parcial com o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico —, sua trajetória histórica e adaptação no Brasil revelam contradições significativas. Ao longo do tempo, o modelo das CTs foi apropriado por diferentes segmentos da sociedade civil, especialmente por instituições religiosas, que passaram a imprimir uma abordagem fortemente moralizante e disciplinadora ao cuidado de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas. Embora algumas instituições venham buscando maior adequação aos princípios do cuidado em liberdade e dos direitos humanos, parte significativa das CTs ainda opera de maneira pouco articulada à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e distante dos

fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Esse deslocamento do campo clínico para o campo moral e espiritual tem gerado preocupações tanto no âmbito acadêmico quanto nos órgãos de defesa dos direitos humanos. Nessas CTs, o sofrimento psíquico e o uso de drogas são tratados como manifestações de fraqueza moral, pecado ou desvio de conduta, em vez de serem compreendidos como fenômenos complexos, atravessados por determinantes sociais, econômicos, culturais e subjetivos. Nessa lógica, a cura é associada à conversão religiosa, à obediência a regras rígidas e à renúncia total ao uso de substâncias — o que, por vezes, ignora o contexto de vulnerabilidade e as necessidades reais do indivíduo.

Na unidade dos homens (Bananeiras), foi relatado por diversos internos que, no espaço denominado Casarão, a disciplina é mais rígida, sendo aplicadas penalidades como lavar panelas e retirar o colchão do interno que, por exemplo, se recusa a participar de cultos. (MG 04 – Maanaim – Itamonte)

Além disso, diversas denúncias documentadas por pesquisas institucionais como as do Conselho Federal de Psicologia, MPF e Fiocruz, apontam que muitas dessas instituições operam com práticas de isolamento, internações involuntárias, trabalho forçado, violações sistemáticas de direitos, e principalmente sem uma equipe técnica adequada. Conforme o relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas:

A CT funciona primordialmente sob responsabilidade de dois monitores. Eles trabalham por turnos de sete dias, alternando se durante o mês. Os monitores não têm formação em saúde, mas cuidam de todos os detalhes do cotidiano. Desde tocar o sino, utilizado como referência para a organização das atividades, demarcar os horários de despertar, rezar, trabalhar, até decidir sobre a utilização dos espaços de oficina e acompanhar as ligações realizadas pelos internos para seus familiares. Os monitores são os principais agentes de “cuidado” da CT. (MG 02 – CT Esquadrão da Vida – Francisco Sá)

Essas práticas reproduzem, em nova roupagem, os mesmos princípios de exclusão e violência característicos do modelo manicomial que a Reforma Psiquiátrica brasileira justamente se propôs a superar. Denúncias envolvendo violações de direitos humanos, como limitações extremas à liberdade individual e condições inadequadas de trabalho, têm sido amplamente registradas na literatura e

em inspeções oficiais (Silva, 2021; Santos, 2023). Relatórios de monitoramento e fiscalização em comunidades terapêuticas (CTs), como a pesquisa conduzida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2017, e o documento publicado em 2018 em colaboração entre o Conselho Federal de Psicologia, o MPF (Ministério Público Federal) e o MNPCT Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, evidenciam a gravidade da situação nessas instituições, um dos pontos citados nesses relatórios é a ausência de registros dos indivíduos que ocupam esses locais, sem informações de como foi realizada sua internação, o acompanhamento realizado, medicações, etc.

Segundo os internos entrevistados pela equipe da visita de inspeção, não existe uma rotina específica além da medicação e, esporadicamente, dos grupos de mútua ajuda. Os internos com quem conversei negaram atendimentos psicológicos e psiquiátricos. A fala deles corrobora com a lacuna de registro de atividades nos prontuários e as poucas evoluções da equipe apresentadas nos documentos. A exceção são os registros da enfermagem praticamente diários nos prontuários dos internos. (PB 02 – AMA – Conde)

Os dados apontam para a continuidade de condições estruturais e assistenciais inadequadas, como a carência de suporte médico qualificado e a imposição de trabalho forçado aos internos. Um exemplo alarmante presente no relatório de 2018 mostra que 38% das CTs fiscalizadas não apresentavam qualquer tipo de laudo médico, o que evidencia a ausência de condições mínimas para um atendimento seguro e adequado aos usuários. Muitas CTs funcionam sem uma equipe multidisciplinar adequada e não adotam uma abordagem laica, o que vai de encontro com os princípios éticos e organizacionais recomendados para serviços de saúde mental (Gonçalves, 2021). Essa inadequação compromete não apenas a qualidade do cuidado oferecido, mas também viola os direitos fundamentais dos usuários, reforçando a urgência de práticas assistenciais que valorizem a diversidade e assegurem a inclusão social.

No início de 2010, consolidou-se um discurso de cunho moralizante e securitário em torno do chamado “fenômeno do crack”, o qual passou a ser tratado como uma epidemia que exigia respostas rápidas e rígidas do Estado. Esse contexto foi determinante para justificar a ampliação do financiamento público a instituições privadas, especialmente às comunidades terapêuticas (CTs), que passaram a ser apresentadas como uma alternativa eficaz ao enfrentamento do uso abusivo de

drogas. Em maio de 2010, o governo federal instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, por meio do Decreto nº 7.179/2010, o que formalizou o início de uma nova política pública voltada para o tema. A propagação da ideia de que o país enfrentava uma “epidemia do crack” foi central nesse processo e funcionou como elemento legitimador da transferência de recursos federais, especialmente por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculada ao Ministério da Justiça. Assim, abriu-se espaço para os primeiros subsídios estatais destinados às CTs, marcando uma inflexão nas estratégias de cuidado em saúde mental e no enfrentamento das questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

As Comunidades Terapêuticas configuram uma ameaça tanto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto às Unidades de Acolhimento, pois ambas são componentes das políticas públicas de saúde e funcionam de forma complementar. Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se orientam pelos princípios da clínica ampliada, do cuidado em liberdade e da construção coletiva do projeto terapêutico e principalmente na estratégia de Redução de Danos (RD) que é um método utilizado pelo SUS que busca minimizar os efeitos negativos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sem impor a exigência de abstinência total. Essa abordagem visa oferecer um cuidado humanizado, respeitando a autonomia dos usuários e promovendo sua inclusão social.

A RD é uma estratégia muito eficaz para produzir vínculos. Quando pensamos por essa lógica, não julgamos unilateralmente o que é melhor para o usuário. Construimos junto com ele o que ele pode fazer para melhorar a sua vida sem que isso envolva, necessariamente, parar completamente de usar drogas (BRASIL, 2013).

A PNAD traz em si cinco grandes áreas que vão dar a orientação ao tratamento das drogas e dos seus usuários, no Brasil, que são: prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; Redução de Danos Sociais e à Saúde; Redução da Oferta; e Estudos Pesquisas e Avaliações (BRASIL, 2011).

A rede de atenção à pessoa com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas é estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que vai desenhar o cruzamento dos serviços de saúde destinados ao atendimento a essa população. A Rede de Atenção Psicossocial é instituída e organizada por todos os dispositivos de saúde substitutivos e alinhada à

Rede Atenção à Saúde, já estabelecida no SUS (BRASIL, 2011). A RAPS tem como diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - promoção de estratégias de educação permanente; e XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Entendendo o funcionamento da RAPS, fica evidente que as comunidades terapêuticas ainda seguem um caminho oposto a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização, baseado no enclausuramento, na hierarquia e na moralização da dor. Assim, sua ampliação como estratégia oficial do Estado, especialmente a partir da Política Nacional sobre Drogas de 2019, representa um retrocesso em relação aos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica e pelo movimento antimanicomial no Brasil. A atuação das CTs, quando desvinculada dos princípios que orientam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sem embasamento técnico, científico e ético adequado, compromete os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica e coloca em risco o modelo de atenção baseado no cuidado em liberdade.

A respeito do conceito de desinstitucionalização, é importante destacar a contribuição de Amarante (1995), que resgata, na literatura norte-americana, a utilização desse termo inicialmente vinculado às práticas preventivas, sendo empregado para se referir a um conjunto de medidas voltadas à chamada desospitalização. No Brasil, esse processo assume uma dimensão própria, marcada pelas desigualdades históricas, pela precarização dos serviços públicos e pelas tentativas de retrocesso promovidas por movimentos contrarreformistas. Ainda assim, desinstitucionalizar, em território nacional, tem significado a construção de

novas formas de cuidado no território, centradas na liberdade, na autonomia e na articulação com a rede de proteção social, conforme propõe a Política Nacional de Saúde Mental e a Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001).

Portanto, a desinstitucionalização não deve ser entendida apenas como uma retirada física do sujeito do hospital psiquiátrico, mas como um processo complexo, contínuo e interdisciplinar, que exige a transformação das práticas de cuidado, das estruturas sociais e das relações de poder, com vistas à efetivação de uma cidadania plena e à construção de uma sociedade que reconheça e acolha a diferença como parte de sua constituição (Yasui, 2010; Delgado, 2019).

Diante disso, torna-se imprescindível que o financiamento e o funcionamento dessas instituições sejam amplamente discutidos, monitorados e submetidos ao controle social, a fim de assegurar que as ações em saúde mental sejam pautadas pela ética, pelo caráter público e laico, pela universalidade do acesso e pelo respeito à dignidade das pessoas atendidas.

No próximo tópico iremos analisar o perfil ideológico nos discursos das comunidades terapêuticas e identificar quais são as características que as diferenciam dos manicômios.

2.2 O ARGUMENTO IDEOLÓGICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As comunidades terapêuticas (CTs), embora compartilhem com os antigos manicômios práticas de isolamento, disciplina e institucionalização prolongada, passaram a ser social e politicamente percebidas como alternativas mais humanas e acolhedoras. Essa diferenciação está sustentada por uma série de estratégias ideológicas que procuram legitimar essas instituições dentro do campo das políticas públicas de saúde mental e enfrentamento ao uso de drogas. Diferente do modelo asilar tradicional, historicamente marcado pela repressão e exclusão, as CTs são revestidas de uma linguagem de cuidado moral, religioso e espiritual, o que as torna socialmente aceitáveis e politicamente defendidas, especialmente por setores conservadores da sociedade. As CTs se pautam no “tripé

trabalho-disciplina-espiritualidade, revelada pela adoção praticamente universal de métodos terapêuticos como a laborterapia e o cultivo da espiritualidade” (IPEA, 2017, p. 35)

No que se refere ao trabalho desenvolvido nas comunidades terapêuticas, embora seja frequentemente justificado sob a alegação de possuir caráter terapêutico, na prática sua função principal tem sido a sustentação das próprias instituições e, em muitos casos, a obtenção de lucros. Essa atividade laboral geralmente apresenta pouca ou nenhuma vinculação com os projetos terapêuticos individuais dos acolhidos. Dessa forma, pode-se afirmar que a lógica predominante nas CTs se estrutura, de maneira mais precisa, em torno de três pilares: trabalho não remunerado e compulsório, imposição de normas disciplinares rígidas e práticas religiosas obrigatórias (IPEA, 2017).

“Depois que você aceita permanecer na comunidade, eles te colocam para limpar a casa, cortar a grama, limpar a piscina. Esses trabalhos eram a única coisa que fazíamos. Depois a gente ficava cinco horas ociosas e trancadas nos quartos, era igual uma prisão” (Brasil de Fato, 2024).

Já no âmbito da espiritualidade, que o termo que melhor se encaixaria seria religiosidade, fica evidente que uma das principais bases ideológicas utilizadas para sustentar essa distinção é o discurso da reabilitação moral por meio da fé. Muitas CTs são vinculadas a igrejas, especialmente de matriz neopentecostal, e promovem uma abordagem centrada na abstinência total como único caminho possível para a recuperação. Essa narrativa atribui ao uso de substâncias um caráter de desvio moral ou espiritual, justificando intervenções rígidas, disciplinadoras e, muitas vezes, coercitivas. A promessa de “cura”, “salvação” ou “redenção” oferecida pelas CTs contribui para camuflar práticas de violação de direitos humanos, como a imposição de rotinas religiosas, o trabalho forçado, a ausência de equipes técnicas qualificadas e a restrição de liberdade dos acolhidos. A imposição de práticas religiosas como método terapêutico contraria as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza tratamentos baseados em evidências científicas e respeito à laicidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

“A única coisa que fazíamos além do trabalho era a leitura da bíblia e dos narcóticos anônimos, de vez em quando havia um filme do evangelho ou religioso”, diz Alice. “O tratamento era muito pautado na religião, na vergonha e na dor”. (Brasil de fato, 2024).

Em relação à disciplina nas comunidades terapêuticas, o IPEA (2017) destaca que, além da rotina estruturada e repleta de atividades compulsórias — incluindo práticas religiosas e laborterapia —, observam-se diversas restrições impostas aos acolhidos. Entre elas, estão a proibição de manter relações afetivas e sexuais, utilizar meios de comunicação, acessar a internet, manter consigo documentos e pertences pessoais, escolher livros para leitura, vestir-se conforme sua preferência, definir o corte de cabelo ou assistir à televisão. Um dos princípios que orientam muitas dessas instituições é o afastamento completo do indivíduo em relação ao ambiente externo, restringindo ou até impedindo contatos com familiares, inclusive por telefone, cartas ou visitas (MNPCT, 2017b). Nessas condições, são frequentes as sanções disciplinares, que podem variar desde advertências verbais até penalidades mais severas. Tais práticas revelam que, ao contrário do que se propaga sob o discurso do acolhimento, muitas CTs operam verdadeiras internações, muitas vezes forçadas, com privação da liberdade, o que as distancia significativamente de propostas voltadas à moradia assistida ou serviços residenciais de caráter psicossocial, assim como exposto site do Grupo Nova Vida:

Quando o vício em drogas se torna tão incontrolável e destrutível que a pessoa perde o controle sobre si mesmo, a Internação forçada para dependência química é a única saída para uma recuperação completa. No entanto, alguns familiares acabam relutantes em aceitar essa solução, por acreditar que a internação forçada para dependência química é uma saída agressiva e que causa enorme sofrimento a essa pessoa. Para desmistificar essa visão, nós, do Grupo Nova Vida, vamos mostrar que, muitas vezes, a internação compulsória é a melhor saída, tanto para o dependente químico como para a própria família.

Ainda que haja muitas vezes essa proibição de ver membros de sua família, os discursos institucionais pregados pelas CTs são de promessas aos familiares, aumentando assim ainda mais a sua força de convencer e sua aderência no “tratamento”, evidenciando a ideia de que o apoio familiar é um elemento essencial no processo de recuperação de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Essa narrativa se ancora em valores tradicionais que reforçam o papel da família como núcleo responsável pela formação moral, emocional e comportamental do indivíduo. Ainda que o fortalecimento de vínculos

possa ser benéfico em alguns casos, esse discurso serve, muitas vezes, para legitimar práticas de controle e exclusão, como o isolamento inicial do usuário de seu convívio familiar — sob a justificativa de “desintoxicação emocional” — e a promessa de “devolver” o indivíduo curado.

Paradoxalmente, embora a família seja apresentada como pilar central da recuperação, seu contato com o acolhido é frequentemente limitado ou mediado pelas regras da instituição, o que demonstra uma contradição entre o discurso e a prática.

Outro ponto problemático na abordagem das CTs é a forma como o processo de tratamento é construído com base em uma lógica de responsabilização individual. Nesse modelo, o sucesso da “recuperação” é atribuído exclusivamente ao esforço pessoal, disciplina e fé do sujeito, desconsiderando os múltiplos fatores sociais, econômicos, familiares e subjetivos que atravessam o uso problemático de substâncias. Ao mesmo tempo, eventuais recaídas ou dificuldades no processo terapêutico são interpretadas como sinais de fraqueza moral, falta de comprometimento ou ausência de espiritualidade, transferindo integralmente ao indivíduo a culpa por seu “fracasso” (SILVA, 2022; TENÓRIO, 2021). Esse tipo de abordagem reforça a culpabilização do sujeito e, ao mesmo tempo, exime o Estado e a sociedade da responsabilidade pela construção de políticas públicas efetivas, inclusivas e integradas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A responsabilização individual pelo êxito do tratamento também tem como efeito colateral o silenciamento das denúncias de violações de direitos dentro dessas instituições. Uma vez que o fracasso é visto como resultado da “falta de vontade” ou “pecado” do acolhido, invisibilizam-se as falhas institucionais, como a ausência de equipe técnica qualificada, a imposição de normas religiosas, a violência simbólica e física, e o isolamento social forçado (CFP, 2018; IPEA, 2017). Assim, esse discurso atua como um mecanismo de legitimação de práticas autoritárias, mascaradas por uma retórica de cuidado e regeneração. Portanto, é necessário problematizar o modelo de tratamento centrado na responsabilização individual, pois ele opera na contramão dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, que reconhecem o sujeito em sua integralidade e promovem o cuidado baseado na autonomia, no vínculo comunitário e na construção coletiva do processo terapêutico (SANTOS, 2021; TENÓRIO, 2021).

A análise crítica das comunidades terapêuticas evidencia que, embora essas

instituições se apresentem como alternativas de acolhimento e tratamento para pessoas com sofrimento psíquico e uso problemático de substâncias, sua atuação muitas vezes se distancia dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2021). O modelo adotado por grande parte das CTs está alicerçado em práticas disciplinadoras, religiosas e autoritárias, que frequentemente violam direitos humanos sob o discurso de cuidado moralizante (CFP, 2018; IPEA, 2017).

No relatório feito pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (2025) da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017, produzido pelo CFP, pelo MNPCT e MPF. Tem o resultado da análise realizada em outubro de 2017 em 28 CTs de 12 unidades administrativas das cinco regiões do país (Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo). Em todas as CTs “foram identificadas práticas que configuram violações de direitos humanos” (CFP; MNPCT; MPF, 2018, p. 10). Ficou evidente que as CTs são instituições privadas de caráter asilar, baseadas na/pela privação de liberdade, abordagem e violência religiosas e na/pela chamada laborterapia, que tem sido concretamente trabalho não-pago, forçado quando análogo à escravidão.

Com isso, reforçam-se práticas que não apenas fragilizam os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, mas também ameaçam a consolidação de uma política de saúde mental pautada na inclusão social, no respeito à diversidade e na autonomia dos sujeitos (AMARANTE, 2007; SILVA, 2022). Dessa forma, torna-se urgente fortalecer os mecanismos de fiscalização, controle social e regulação pública sobre essas instituições, garantindo que os investimentos estatais estejam alinhados com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o projeto ético-político da saúde mental brasileira.

O avanço das CTs representa um caminho inverso à lógica da atenção psicossocial, pois reforça a segregação, a abstinência como única forma de tratamento e a responsabilização individual pela “cura”, desconsiderando determinantes sociais e coletivos do sofrimento psíquico. Tais instituições vêm ocupando, cada vez mais, um espaço central na política sobre drogas e saúde mental, alinhando-se a discursos moralizantes e punitivistas, distantes dos preceitos da atenção à liberdade. Há um crescimento (qualitativo e quantitativo) de associações e movimentos contrários à Reforma Psiquiátrica, inclusive dentro da

política institucional, no âmbito parlamentar, como foi o caso 16 da Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras e Associações de Proteção e Assistência aos Condenados, criada em 2015 com a assinatura de 199 deputados (de partidos do campo progressista e de esquerda) (Costa, 2020; Denadai, 2018; Machado, 2011; Fossi; Guareschi, 2015).

As CT's no Brasil frequentemente operam a partir de um modelo que privilegia o princípio da disciplina rígida, no qual o cumprimento das normas internas é exigido de forma estrita, e o descumprimento dessas regras pode acarretar punições, advertências ou mesmo a expulsão dos residentes. Essa lógica disciplinar está marcada por práticas que buscam a “reeducação” por meio da obediência, muitas vezes incorporando fortes discursos moralizantes e religiosos, que focalizam a recuperação enquanto processo de correção comportamental (BRASIL, 2001). Tal abordagem tem sido objeto de críticas fundamentadas no marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propõe um cuidado em liberdade, pautado na autonomia e no respeito aos direitos humanos dos usuários (LEITE; GALDINO, 2018).

A disciplina vem acompanhada pela padronização dos comportamentos, assim descrita no modelo interventivo pela Desafio Jovem:

Período de doze meses, dividido em quatro fases: 1. Abandono da antiga maneira de viver [...]; 2. Uma nova maneira de viver [...]; 3. Vivendo de uma nova forma [...] 4. Permanecendo na nova vida: avaliar desempenho do acolhido para ver se alcançou estabilidade emocional, social, espiritual e se está apto para retornar ao convívio da sociedade (Desafio Jovem, 2017, p. 2).

O controle e a uniformização dos comportamentos são compreendidos neste estudo como características semelhantes às das instituições totais, conforme as análises de Goffman (2008). Segundo o autor, as instituições totais geram um conflito entre aquilo que o indivíduo internaliza dentro do ambiente institucional e o que ele aprendeu ao longo de sua socialização prévia. Em outras palavras, o sujeito chega à instituição com uma identidade própria e, ao longo do tempo, é submetido a um processo de condicionamento que o leva a abandonar essa identidade para se ajustar às normas impostas pela instituição, caracterizando-se como uma forma de supressão da individualidade e uma tentativa de homogeneizar os comportamentos, configurando o que Goffman chama de “mortificação do eu”.

A proteção dos direitos dos usuários e a efetivação de um cuidado

verdadeiramente emancipador dependem da defesa dos princípios da reforma e da rejeição de modelos que reproduzem formas contemporâneas de exclusão e violência institucional, como é o caso das comunidades terapêuticas (SANTOS, 2021; SILVA, 2022).

No tópico seguinte, será analisada a forma como a atuação das comunidades terapêuticas interfere no processo ainda em curso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacando os dados sobre seu financiamento e o fortalecimento desse movimento contrário que essas instituições representam em relação aos princípios propostos por essa política.

3. A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA E A EXPANSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O INVESTIMENTO PÚBLICO NESSES ESPAÇOS

O avanço das comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil tem se intensificado nas últimas décadas, especialmente a partir da maior disponibilização de recursos públicos para essas instituições, que atuam predominantemente no tratamento de pessoas com dependência química (IPEA, 2017). Embora as CTs se proponham a oferecer um ambiente de acolhimento e apoio psicossocial, sua expansão acelerada, muitas vezes sem fiscalização adequada, levanta preocupações relevantes. Estudos indicam que parte dessas comunidades funcionam sem regulamentação e reproduzem práticas abusivas, com limitações na garantia dos direitos humanos dos usuários (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018; OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE, 2021). Além disso, a influência de orientações religiosas ou ideológicas nas CTs pode comprometer a aplicação de tratamentos baseados em evidências científicas, contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, que prioriza a desinstitucionalização e o cuidado integral em liberdade (AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2021).

Essa expansão desenfreada pode representar um retrocesso frente aos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica e pelos princípios do SUS, contribuindo para a manutenção de modelos assistenciais segregadores e excludentes, que não promovem a verdadeira reintegração social das pessoas em sofrimento mental.

Essa racionalidade destrói os princípios constituintes do SUS, mediante lógica da focalização, da privatização, da desresponsabilização estatal e da inserção de modelos gerenciais privatistas na saúde pública. (SOARES, 2010, p. 227)

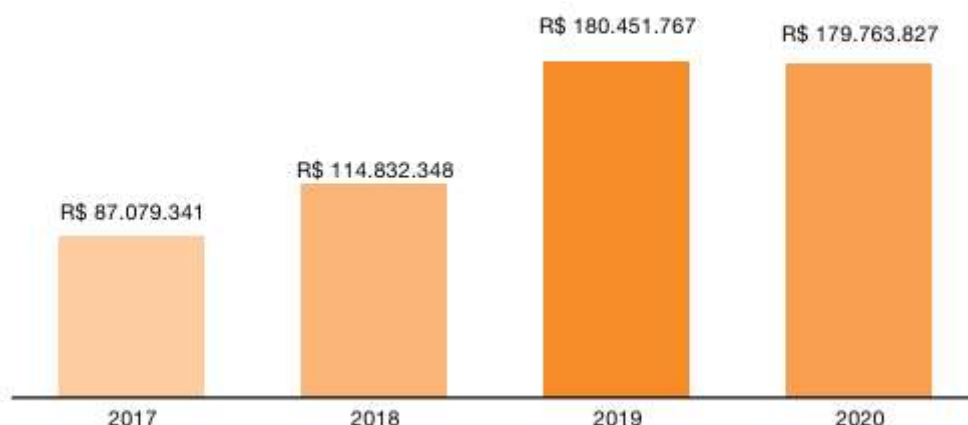
Considerando as informações apresentadas anteriormente, é importante compreender como se dá os investimentos do Governo Federal nas comunidades terapêuticas e como têm gerado impacto significativo sobre o orçamento do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), que é administrado oficialmente pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Já as despesas federais relacionadas às ações e programas voltados à saúde mental, ao uso de álcool e outras drogas no âmbito do setor saúde recaem sobre o Fundo Nacional de Saúde (FNS), uma importante unidade orçamentária cuja administração cabe à sua diretoria executiva, sob a coordenação e supervisão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Todos os recursos que compõem o financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS) têm como origem o FNS.

Segundo a Nota Técnica do IPEA (2017), havia cerca de 2000 comunidades terapêuticas legalmente operantes no Brasil, especialmente entre o final dos anos 1990 e início dos anos 2000, estrutura essa cuja maioria foi fundada entre 1996 e 2015. É provável que esse número tenha crescido desde então, porém ainda faltam pesquisas atualizadas que confirmem esse aumento. Dessa forma, observa-se não apenas a ampliação da influência político-ideológica das CTs na sociedade, acompanhada do crescimento dos recursos públicos destinados a elas, mas também a provável expansão do número dessas instituições, impulsionada pelos fatores mencionados. A análise sobre o avanço das comunidades terapêuticas deve ser compreendida no interior de um movimento mais amplo de contrarreforma das políticas públicas, especialmente da política de saúde. Como aponta Soares (2010), a racionalidade neoliberal, ao se materializar no Estado brasileiro, promove reconfigurações no SUS que afetam diretamente sua universalidade, integralidade e equidade.

Pesquisa realizada pelo Observatório em Análise na Política de Saúde, traz dados sobre o financiamento das comunidades terapêuticas (CTs) pelo Estado Brasileiro cresceu expressivamente a partir de 2017, sob gestão do governo Jair

Bolsonaro. Levantamento inédito sobre comunidades terapêuticas mostra crescimento dos recursos públicos despendidos para as entidades e aponta déficit de planejamento, controle e avaliação desse financiamento. A pesquisa foi produzida por pesquisadores do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) em parceria com a organização Conectas Direitos Humanos. O estudo mostra que, entre 2017 e 2020, as comunidades terapêuticas (CTs) receberam o total de R\$560 milhões do poder público. (Observatório em Análise na Política de Saúde, 2022)

Gráfico 11 - Total do financiamento público de CTs (2017-2020)
Em milhões de reais correntes



Fonte: Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020, 2021

Esse incremento nos recursos tem sido relacionado a uma maior valorização da abstinência e de abordagens proibicionistas, em contraste com as práticas de redução de danos recomendadas por especialistas em saúde mental (Silva, 2020). O governo Bolsonaro reorientou a política nacional de saúde mental, enfatizando compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, internação hospitalar e foco na abstinência, como afirma na Nota técnica do Ministério da Saúde de 2019:

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas.

Durante a emergência sanitária, o Ministério da Cidadania, por meio da Portaria 340/2020 e da Cartilha de orientações, classificou as CTs como serviço essencial, determinando que os acolhimentos não fossem interrompidos e instituindo protocolos de isolamento de 14 dias, fazendo assim, com que fosse um local procurado e de abrigo para aqueles que estavam com problemáticas relacionadas ao uso abusivo de substâncias (Brasil, 2020).

A Portaria Conjunta SNAS/SENAPRED nº 04/2020, de outubro daquele ano, destinou 1.456 vagas financiadas com R\$ 10,2 milhões para acolhimento de pessoas em situação de rua com dependência química em CTs (Brasil/MDS, 2020). Conforme informado pelo Secretário de Cuidados e prevenção às drogas, Quirino Cordeiro;

O Ministério da Cidadania tem como objetivo informar e orientar os gestores e profissionais da rede sociassistencial e das Comunidades Terapêuticas, assim como atender essa população tão vulnerável neste momento de pandemia.

Conforme analisado, durante a gestão do presidente Jair Bolsonaro, observou-se um processo de desestruturação da política de saúde mental, com tentativas de anulação de portarias que garantiam a sustentação da rede de cuidados e dos serviços territoriais voltados à saúde mental, como a portaria 1.325/2020, deixando sob risco reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS; as equipes de Consultório na Rua; o SRT (Serviço Residencial Terapêutico), nas UA's (Unidades de Acolhimento) e também a Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta para Casa.

Em contrapartida, a ampliação do financiamento das Comunidades Terapêuticas

(CTs), observada durante os governos de Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-2022), esteve relacionada a mudanças significativas na política de saúde mental brasileira, marcadas por um viés conservador, de base religiosa, e alinhadas à lógica da contrarreforma psiquiátrica.

A partir do governo Temer, iniciou-se um redirecionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que historicamente priorizava a atenção territorializada, multiprofissional e pautada nos direitos humanos, para um modelo centrado na internação e na abstinência, características predominantes das CTs. Esse processo se intensificou no governo Bolsonaro, quando foi instituída a Nova Política Nacional de Saúde Mental (2019), que ampliou o financiamento para essas instituições, flexibilizou critérios de fiscalização e priorizou o discurso da abstinência em detrimento da estratégia de redução de danos conforme aponta o Estudo do Observatório de Análise Política em Saúde (2021). Esse modelo atendeu diretamente aos interesses da bancada religiosa no Congresso Nacional, uma vez que muitas CTs estão vinculadas a igrejas evangélicas e católicas, o que resultou em uma instrumentalização político-ideológica do cuidado em saúde mental.

Em 2019, com a aprovação da Nova Política Nacional sobre Drogas (Decreto nº 9.761/2019), houve um direcionamento claro de recursos públicos para as CTs, em detrimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), que priorizam a redução de danos e o cuidado em liberdade. A bancada da “nova política de drogas” defendia que o tratamento em instituições fechadas e com regras rígidas seria mais eficaz, pressionando para que o governo ampliasse o financiamento dessas entidades. Essa nova política inaugurou um retrocesso na temática da saúde mental no Brasil, principalmente, ao desligar a política sobre drogas da PNSM, adotar a internação psiquiátrica como estratégia central, incentivar Comunidades Terapêuticas e enfraquecer os instrumentos de controle social e serviços comunitários (Nota Técnica 11/2019; CNS, 2019; Folha de S. Paulo, 2020). De acordo com a ministra Damares, em entrevista sobre o financiamento de 216 novas instituições, ela afirma que “neste ato, o Estado laico reconhece a importância das comunidades religiosas. É o retrato de um novo Brasil” (DAMARES, 2020).

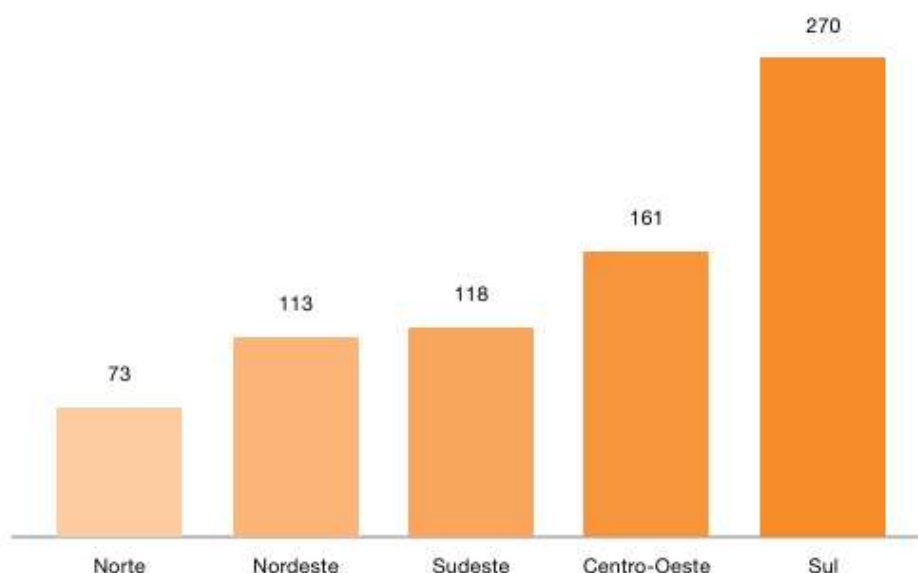
Esse alinhamento ideológico se soma à visão conservadora do governo Bolsonaro, que considera a “dependência química” como um problema moral e de disciplina, reforçando parcerias com instituições, muitas delas ligadas a grupos

religiosos, 2019).

A pandemia da COVID-19 expôs ainda mais as fragilidades do sistema de saúde, agravadas pela Emenda Constitucional nº 95, que impôs o congelamento dos investimentos públicos em setores essenciais por duas décadas. Essa medida se insere em uma lógica de contrarreformas de caráter neoliberal, que visa à limitação dos recursos públicos, incentivando a privatização e a retração dos gastos com políticas sociais (Silva, 2022).

Um aspecto que chama atenção nesse processo foi a concentração dos recursos públicos federais na região Sul do país. De acordo com o estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017), o Sul concentrava cerca de 29,5% das CTs mapeadas no Brasil, superando o Sudeste (28,7%) e o Nordeste (22,5%), mesmo possuindo uma população significativamente menor. Tal cenário pode ser explicado por uma combinação de fatores históricos, institucionais e políticos.

Gráfico 5 - Recursos federais repassados para CTs por região do país (2017-2020)
Em milhares de reais correntes por 100 mil habitantes



Fonte: Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020, 2021

É fundamental reconhecer que a região Sul do Brasil apresenta uma trajetória consolidada no que se refere à atuação de entidades religiosas e filantrópicas

voltadas à reabilitação de indivíduos com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Diversas dessas organizações já desenvolviam suas atividades de maneira informal desde a década de 1990 e, ao longo do tempo, passaram por processos de formalização institucional. Isso lhes proporcionou maior aptidão técnica para participar de chamadas públicas e estabelecer convênios com o poder público (IPEA, 2017). Outro ponto importante, é que observa-se uma forte presença de instituições religiosas, especialmente igrejas evangélicas e católicas bem estruturadas, que desempenharam papel significativo na captação de recursos e na articulação política tanto em esferas locais quanto federais. Outro aspecto relevante refere-se à consonância político-ideológica dos governos estaduais e municipais do Sul com a administração federal sob Jair Bolsonaro. Essa sintonia favoreceu o diálogo direto com o Ministério da Cidadania e o Ministério da Saúde, culminando na ampliação dos repasses financeiros para entidades que adotam uma abordagem centrada na abstinência, na espiritualidade e em princípios morais disciplinadores como fundamentos terapêuticos (SANTOS; YAZBEK, 2021).

Com ênfase no Estado de Pernambuco nesse mesmo período, esse movimento também se refletiu em ações concretas., a Prefeitura do Recife destinou R\$ 2,4 milhões a CTs por meio da Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas (SEPOD), contemplando cem vagas para homens, quarenta para mulheres e dez para mães lactantes. Essa decisão foi criticada por especialistas por desconsiderar a RAPS e a perspectiva da saúde mental como direito e política pública. Segundo Lima (2022) na pesquisa realizada “Recife destina R\$ 2,4 mi a comunidades terapêuticas; “preguiça e oportunismo” ela afirma que o investimento municipal ignora os princípios da reforma psiquiátrica e legitima práticas que não se articulam com o SUS nem com a política de saúde mental antimanicomial.

A enfermeira Rita Acioli, especialista em Enfermagem Psiquiátrica e mestre em Saúde Coletiva no Recife, descreve a ação da prefeitura como uma atitude pouco responsável, em nota ela afirma

“No Brasil, elas encontraram uma forma de se expandirem através dos parlamentares neopentecostais, evangélicos e cristãos que utilizam esse espaço para se lançarem como salvadores da família, que geralmente estão aflitas e desesperadas”

A situação atual no Governo de Pernambuco não é muito diferente, por meio da Secretaria de Assistência Social, instituiu no último dia 26 de junho, o programa Nova História, voltado ao financiamento de comunidades terapêuticas para acolhimento de pessoas em situação de rua com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. O programa prevê um aporte anual de aproximadamente R\$3,6 milhões, distribuídos entre diversas comunidades terapêuticas contratadas, disponibilizando cerca de 200 vagas residenciais voluntárias em unidades localizadas no estado. Em entrevista, a Governadora Raquel Lyra afirma:

“Sabemos que o desafio do uso de drogas no Brasil e em Pernambuco é enorme. Tivemos a emoção de assinar um convênio histórico com dez comunidades terapêuticas em diferentes regiões do Estado. Nosso objetivo é dar vida e nova história a centenas de pessoas que precisam de apoio e que, até aqui, muitas vezes não contavam com a força e a presença do Governo de Pernambuco. Hoje, essa realidade começa a mudar. Estamos aqui para apoiar, com recursos financeiros e com reconhecimento, aqueles que fazem a diferença na vida de tantas famílias pernambucanas” (Nordeste Informa, 2025).

As dez comunidades terapêuticas citadas pela Governadora Raquel Lyra, são: No Agreste Central, as comunidades CATSMA (Brejo da Madre de Deus), Desafios da Vida (Altinho) e Instituto Recanto Fênix (Riacho das Almas). Na região do Agreste Meridional, a Fazenda Esperança Santa Rita e a Fazenda Esperança Santa Rosa, ambas em Garanhuns. No Sertão do São Francisco, a Associação Ágape (Petrolina). Na Mata Sul, a Sociedade Assistencial Saravida e a Associação Maria Amélia, localizadas em Vitória de Santo Antão. Na Região Metropolitana do Recife, foram selecionados o Instituto Acolher (São Lourenço da Mata) e a ONG Sara Nordeste (Cabo de Santo Agostinho).

Em Pernambuco, e principalmente em Recife, o financiamento destinado às comunidades terapêuticas (CTs) está fortemente associado ao contexto político local, onde a bancada evangélica da Câmara Municipal exerce grande influência. Os repasses de recursos ocorrem, em sua maioria, por meio da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Direitos Humanos, Juventude e Políticas sobre Drogas, além de verbas provenientes do Ministério da Cidadania (LIMA, 2022). A atuação da família Collins representantes do PP (Partido Progressista) também tem bastante

força nesse cenário, representada pelo deputado estadual pastor Cleiton Collins e por sua esposa, a vereadora Michele Collins, evidencia a estreita relação entre o cenário político e o fortalecimento dessas instituições (OLIVEIRA, 2023). Segundo Michelle Collins (2018),

“Pela honrosa prestação de serviços de atenção à pessoa com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, contribuindo na construção de uma sociedade mais justa e cidadã. É um trabalho baseado no amor, muitas deixam suas famílias em casa para cuidar de vidas. Que todos nós possamos defender a comunidade terapêutica e não deixar que pessoas mal informadas possam denegrir a imagem desses lugares”.

Conforme analisamos anteriormente, a defesa e a proteção às comunidades terapêuticas por parte de políticos conservadores e de governos de direita não é novidade, eles refletem uma articulação entre interesses ideológicos, religiosos, econômicos e políticos. As comunidades terapêuticas (CTs) ganharam rapidamente o apoio de parlamentares e partidos políticos, especialmente do campo conservador e religioso. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), mais de 70% das CTs têm vínculos com instituições religiosas, o que favorece sua articulação com bancadas como a evangélica e a católica (IPEA, 2017). Além disso, como visto anteriormente, a política de financiamento federal se mostrou sensível a essas alianças: entre 2017 e 2021, houve um aumento significativo nos repasses a essas entidades, muitas vezes por meio de emendas parlamentares individuais e de bancada.

Essa expansão foi possível também pela frágil regulação e fiscalização desses espaços, somada à narrativa de que as CTs oferecem acolhimento e disciplina aos sujeitos em sofrimento psíquico, o que agradou setores políticos interessados em reforçar o controle social e a ordem moral, em detrimento de políticas públicas baseadas em direitos humanos e no cuidado em liberdade (CONCEIÇÃO et al., 2021).

Relatórios como o da Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas denunciam o crescimento desordenado dessas comunidades, apontando a ausência de controle de qualidade, difícil acesso, casos de violações de

direitos humanos e a ausência de profissionais qualificados em saúde mental. No relatório há relatos desses locais, em um deles tem a seguinte a informação:

A Comunidade Terapêutica Novo Tempo fica localizada no município de Igarassu/PE, região metropolitana do Recife. É uma unidade de difícil acesso, com ruas sem calçamento e falta de placas que possam facilitar a chegada ao local. Destaca-se a presença de muros altos, com pregos e arame farpado. (PE 01 – Novo Tempo – Igarassu)

Ainda com as problemáticas apontadas, o financiamento público permanece crescente, o que revela não apenas um interesse ideológico, mas também econômico e estratégico. De acordo com as 28 comunidades que foram inspecionadas no relatório, 18 recebem algum tipo de recurso ou doação de órgãos públicos nas esferas municipal, estadual ou federal:

A instituição tinha convênio com prefeituras, recebendo pessoas de diversas cidades do estado de São Paulo, assim como de outros estados. A direção não sabia informar quantas pessoas estavam internadas sob financiamento público, o montante total recebido das prefeituras e também desconhecia se a administração possuía algum registro desses valores. Em relação à mensalidade, cada prefeitura pagava um valor diferente. (SP 01 – Recanto da Paz – Limeira)

As informações sobre valores recebidos pelas comunidades terapêuticas por entes públicos e privados foram solicitadas durante as inspeções, mas em geral as respostas foram pouco específicas (Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, 2018).

A comunidade terapêutica recebe, mensalmente, financiamento público proveniente da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) no valor de R\$ 10 mil e da Superintendência de Políticas sobre Drogas do Estado de Minas Gerais (Supod) no valor de R\$ 12,5 mil. Além das doações e pagamentos dos familiares, de acordo com as possibilidades, no valor de R\$ 500,00 até R\$ 1.000,00 mês. (MG 06 – Nova Jerusalém – Uberaba)

Por fim, foi verificado que além dos recursos recebidos e dos financiamentos de entidades, as mulheres ainda eram obrigadas a pedirem doações em locais públicos para serem destinados às comunidades terapêuticas.

As mulheres são obrigadas a passar o dia no centro urbano de Lagoa

Santa, vestidas com a camiseta da comunidade terapêutica, geralmente em duplas, para solicitar doações, nas portas de supermercados, padarias e outros comércios. A prática demonstra que elas são expostas à situação de mendicância. Nesse sentido, várias das entrevistadas disseram se sentir humilhadas. Uma delas disse: “Criei meus filhos sem precisar pedir nada para ninguém, agora, nessa altura da minha vida, sou obrigada a me humilhar, mendigando na porta do supermercado”. (MG 03 – Fazenda Vitória – Lagoa Santa)

Sob essa perspectiva, o relatório destaca que toda alocação de recursos públicos deveria estar necessariamente vinculada a mecanismos de fiscalização e controle das atividades realizadas pelas instituições beneficiadas. No entanto, esse acompanhamento não foi constatado nas visitas realizadas durante a Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. (Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, 2018).

Dessa forma, é importante refletir sobre o fato dessa proteção política às comunidades terapêuticas não se dá por acaso. Ela representa um projeto conservador de sociedade, no qual a normalidade é imposta por meio do controle moral, religioso e disciplinar. Em oposição, os princípios da Reforma Psiquiátrica defendem a liberdade, a cidadania e o cuidado em liberdade como pilares de uma política de saúde mental efetivamente democrática e humanizada. A resistência a essa ofensiva conservadora é, portanto, algo ético e político para os que defendem os direitos humanos e o SUS público, universal, e principalmente, laico.

A perspectiva proibicionista, fundamentada na criminalização e penalização do uso de substâncias psicoativas, impacta de maneira significativa os cofres públicos e compromete o orçamento destinado às políticas sociais no Brasil.

O projeto “Drogas: Quanto Custa Proibir”, desenvolvido pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC), revela dados alarmantes sobre o impacto financeiro da política proibicionista no Brasil. De acordo com o relatório intitulado “Um Tiro no Pé”, apenas os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo destinaram, em um único ano, cerca de R\$ 5,2 bilhões ao sistema de justiça criminal em função da repressão ao uso e ao tráfico de substâncias psicoativas. Esse montante evidencia como a criminalização das drogas consome recursos públicos significativos que poderiam ser direcionados para políticas sociais fundamentais, como saúde, educação e assistência social. A pesquisa reforça que, ao insistir em um modelo punitivista, o Estado não apenas perpetua violações de direitos, como também compromete o orçamento público e limita investimentos em áreas

prioritárias para a população (CESeC, 2021).

Sob o ponto de vista econômico, a adoção desse modelo exige um volume expressivo de recursos financeiros, geralmente alocados na estrutura de segurança pública e no sistema de justiça criminal. Isso inclui gastos com operações policiais, manutenção de unidades prisionais e outras despesas relacionadas à repressão ao tráfico de drogas. Conforme apontam Fiore (2012) e Ribeiro (2015), esse tipo de abordagem, além de ineficaz na redução do consumo, contribui para a superlotação do sistema prisional e para a criminalização de populações vulnerabilizadas. Em contrapartida, os investimentos destinados ao aparato repressivo poderiam ser redirecionados a políticas públicas baseadas na lógica da redução de danos, que priorizam o cuidado, a prevenção, o acesso a serviços de saúde e a garantia de direitos, conforme defendem Teixeira e Fonseca (2020) e o Relatório da Plataforma Brasileira de Política de Drogas (2019).

Sob esse viés, dados do Relatório de Riscos Fiscais da União apontam para uma redução progressiva no financiamento destinado à saúde pública, agravada pela vigência da Emenda Constitucional nº 95, que impôs limites aos investimentos sociais (SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL, 2019). Esse cenário de restrição orçamentária compromete diretamente a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde no país, em especial a rede de atenção psicossocial, que tem enfrentado sérios prejuízos em sua capacidade de atendimento.

Agrava-se essa situação com a destinação de recursos públicos a comunidades terapêuticas, muitas vezes desconectadas das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política nacional de saúde mental. Tal redistribuição orçamentária enfraquece os princípios da reforma psiquiátrica e amplia as desigualdades no acesso a um cuidado em liberdade, integral e humanizado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de substâncias psicoativas, assim como a loucura, é datado de toda trajetória histórica da humanidade. Usado de diversas formas para variados fins, como fins medicinais ou espirituais, por exemplo. A loucura recebeu diversos tratamentos durante seu percurso histórico, até os dias atuais. Na Antiguidade, a loucura foi compreendida como manifestação espiritual; na Modernidade, o louco era visto como um empecilho para o desenvolvimento social, um ser desviado que necessitava do afastamento e da exclusão social para se tratar.

No Mundo as substâncias psicoativas têm relação direta com a cultura local e com a forma como as sociedades se organizam em dado momento, podendo ser aceitas socialmente ou não. Tratar a questão do uso de álcool e outras drogas é um trabalho árduo de empenho e dedicação visto a complexidade da temática que envolve diversos fatores sociais. Contudo, é um assunto absolutamente importante para as discussões nas áreas sociais e da saúde, atualmente.

A pesquisa permitiu refletir criticamente sobre a evolução histórica e a crescente influência das comunidades terapêuticas no cenário das políticas públicas de saúde mental no Brasil. Ao longo das últimas décadas, observa-se uma ampliação significativa dessas instituições, frequentemente amparada por discursos moralizantes e por interesses políticos, religiosos e econômicos que acabam por reforçar práticas excludentes e violadoras de direitos.

As análises realizadas ao longo deste trabalho permitiram compreender a complexidade em torno do avanço das comunidades terapêuticas no Brasil, especialmente no contexto das políticas públicas sobre drogas e saúde mental. Observou-se que os setores religiosos desempenham um papel central nesse processo, tanto pela sua influência ideológica quanto pelo seu poder político-institucional, o que tem contribuído para a legitimação e expansão dessas instituições.

O apoio de grupos religiosos às comunidades terapêuticas se fundamenta em uma perspectiva moralizante sobre o uso de drogas, na qual a abstinência e a conversão espiritual são vistas como caminhos para a "cura". Esses espaços revelam um cenário de avanços e retrocessos no campo da saúde mental. Inicialmente concebidas como espaços alternativos ao hospital psiquiátrico, essas

instituições passaram a ocupar centralidade nas políticas públicas voltadas ao tratamento de pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas, principalmente a partir da década de 2010, com forte apoio de setores conservadores e religiosos. Essa lógica se distancia dos princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, que prioriza o cuidado em liberdade, o respeito aos direitos humanos e a autonomia dos sujeitos. Além disso, o fortalecimento dessas comunidades muitas vezes se dá à margem de uma fiscalização rigorosa, o que pode resultar em práticas de isolamento, disciplina excessiva e até mesmo violações de direitos.

A presença marcante de entidades religiosas nessas instituições, associada ao financiamento público e à fragilidade das políticas de saúde mental, revela uma inflexão conservadora que ameaça os avanços conquistados com o movimento antimanicomial. Torna-se evidente, portanto, a importância de uma reflexão crítica sobre a forma como o Estado tem delegado a responsabilidade pelo cuidado de pessoas em sofrimento psíquico e em uso abusivo de substâncias a instituições com forte base moral e religiosa.

Diante disso, reafirma-se a necessidade de fortalecer os serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como investir em políticas públicas que garantam a universalidade, a laicidade e os direitos humanos no tratamento de usuários de álcool e outras drogas.

A administração das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil evidencia, em grande parte, a influência da racionalidade neoliberal, marcada pela priorização da redução de despesas e da maximização da eficiência, muitas vezes em detrimento da garantia dos direitos humanos dos indivíduos acolhidos. A carência de mecanismos eficazes de fiscalização contribui para a manutenção de práticas que violam direitos fundamentais, impactando de maneira mais intensa os segmentos sociais mais vulneráveis, como a população negra e de baixa renda — que representa a maioria dos atendidos por essas instituições. Essa conjuntura explicita a persistência de desigualdades estruturais no âmbito da saúde mental no país.

Por fim, é importante perceber que a análise feita dos dados apresentados evidencia, de forma concreta, o avanço de um processo de desmonte das políticas públicas de saúde mental construídas a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. A desestruturação progressiva da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), marcada

pelo subfinanciamento crônico, pela fragilidade na fiscalização desses espaços e pela valorização de modelos de cuidado como as comunidades terapêuticas, revela um movimento claro de contrarreforma. Os cortes orçamentários, a diminuição do repasse federal e a sobrecarga de estados e municípios na manutenção dos serviços demonstram que o modelo pautado na desinstitucionalização e no cuidado em liberdade tem sido sistematicamente enfraquecido. Assim, os dados expostos não apenas ilustram os prejuízos concretos à efetividade e à qualidade do atendimento em saúde mental, como também comprovam que está em curso uma inversão dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica, configurando uma contrarreforma que ameaça os direitos conquistados e a dignidade das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse viés, é necessário defender o atendimento das pessoas usuárias de drogas, em todos os níveis da rede de saúde, afastando ao máximo as possibilidades de internamento e defendendo uma abordagem pautada na Redução de Danos e reinclusão social desses sujeitos, já tão estigmatizados socialmente. É preciso promover saúde e cidadania para todos.

5. ANEXOS

Anexo A - Instituição Manassés

Anexo B - Comunidade Terapêutica Casa do Oleiro

Anexo C - Relato do Desafio Jovem

Anexo D - Relato do Desafio Jovem

Anexo E - Comunidade Terapêutica

ANEXO A



ANEXO B





Meu pai conheceu o desafio jovem do Recife através de uma amigo,e daí a vida do meu pai mudou ele conheceu Jesus, e teve a vida transformada . Agradeço a Deus e todos da equipe do desafio jovem do Recife.



Vanessa B. Silva

ANEXO D



Meu nome é Rafael Santos Silva fui pra o desafio jovem Recife no ano de 2008,Minha passagem desafio jovem Recife foi uma das melhores experiência da minha vida, lá encontrei a palavra de Deus q mim libertou das drogas eu não era nada ninguém acreditava mais que tinha jeito na minha vida, mais encontrei Jesus no desafio jovem Recife ai minha vida foi transformada minha família foi restaurada hoje eu tenho uma família uma profissão agradeço a Deus por ter colocado o desafio jovem Recife na minha vida foi uma experiência transformadora em minha vida.



Rafael S.



Anexo E

6. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Relatório aponta violação de direitos em comunidades terapêuticas.** Brasília, 12 mar. 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2025-03/relatorio-aponta-violacao-de-direitos-em-comunidades-terapeuticas> Acesso em: 7 ago. 2025.

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

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Disponível em: <https://fiocruz.br/livro/psiquiatria-social-e-reforma-psiquiatica>. Acesso em: 26 jul. 2025.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo (org.). **Arquivos de uma reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2007.

BARROS, D. D. **A loucura na cidade.** São Paulo: Hucitec, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização – PNH.** 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, 6 abr. 2001.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial.** Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Nova Política Nacional sobre Drogas.** Brasília, 2019. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politica-sobre-drogas>. Acesso em: 06 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pernambuco recebe mais de R\$ 4,6 milhões para habilitar novos serviços de saúde mental. 2024**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/pernambuco/2024/outubro/pernambuco-recebe-mais-de-r-4-6-milhoes-para-habilitar-novos-servicos-de-saude-mental>. Acesso em: 04 ago. 2025.

BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?** Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2014.

BRASIL. **Política Nacional do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, DF: Coordenação Nacional de DST e Aids; Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Mental. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Brasília, DF: Presidência da República, 2001.

BRASIL. **Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Especialistas em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas**. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/963381-especialistas-em-saude-defendem-fim-do-financiamento-publico-as-comunidades-terapeuticas> Acesso em: 04 ago. 2025.

CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Panorama das comunidades terapêuticas no Brasil**. São Paulo: CEBRAP, 2022.

CESEC – Centro de Estudos de Segurança e Cidadania. **Um tiro no pé: os custos da guerra às drogas**. Rio de Janeiro: CESeC, 2021. Disponível em: <https://drogasquantocustaproibir.com.br> Acesso em: 07 ago. 2025.

CONCEIÇÃO, L. S. da et al. **As comunidades terapêuticas e os desafios para a política de saúde mental no Brasil**. Revista Políticas Públicas & Cidades, v. 9, n. 1, p. 132–150, 2021.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO – CEBRAP. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Nota Técnica nº 1/2020 – CNS/MS**. Brasília, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas – comunidades terapêuticas**. Brasília: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

DELGADO, P. G. **A reinvenção da liberdade: a reforma psiquiátrica em tempos de crise**. São Paulo: Hucitec, 2019.

DESAFIO JOVEM DO RECIFE. **Desafio Jovem do Recife. Recife: Desafio Jovem do Recife**, [s.d.]. Disponível em: <https://desafiojovemdorecife.org.br/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

DESINSTITUTE. **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. [local]: Desinstitute, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em 07 agos.2025

FIOCRUZ. **Pesquisa Nacional sobre Comunidades Terapêuticas**. Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2017.

IORE, Maurício. **O lugar da redução de danos na política de drogas brasileira**. São Paulo: CEBRAP, 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOVERNO DE PERNAMBUCO. **Governo de Pernambuco investe R\$ 3,6 milhões em parceria inédita com comunidades terapêuticas**. *Nordeste Informa*, 26 jun. 2025. Disponível em: <https://nordesteinforma.com.br/26/06/2025/governo-de-pernambuco-investe-r-36-milhoes-em-parceria-inedita-com-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 26 jul. 2025.

GOVERNO DE PERNAMBUCO. **Pernambuco firma contratos com comunidades terapêuticas e dá início ao Programa Nova História**. 2025. Disponível em: <https://www.sas.pe.gov.br/pernambuco-firma-contratos-com-comunidades-terapeuticas-e-da-inicio-ao-programa-nova-historia> Acesso em: 04 ago. 2025.

INSTITUIÇÃO SOCIAL MANASSÉS. Disponível em: <https://www.instituicaomanasses.com.br/>. Acesso em: 7 ago. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: IPEA, 2017.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estudo sobre comunidades terapêuticas**. Brasília: IPEA, 2017.

JORNAL A CIDADE. **Relatório aponta violação de direitos em comunidades terapêuticas**. 12 mar. 2025. Disponível em: <https://www.jornalacidadepp.com.br/noticia/106613/relatorio-aponta-violacao-de-direitos-em-comunidades-terapeuticas> Acesso em: 7 ago. 2025.

LAMENHA, K. D. C. R. **Saúde Mental e Desinstitucionalização: um estudo a partir da perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil**. Maceió:

UFAL, 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Alagoas, 2013.

LANCETTI, Antonio. Quando a rua vira casa: a clínica peripatética. In: FERNANDES, M. I.; LANCETTI, A. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho: a clínica do cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2005.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011.

LIMA, B. B. B. D.; NUNES, S. C. D. S. **O Serviço Social na Saúde Mental**. Maceió: UNIDERP, 2014.

LIMA, E. H. **Educação em Saúde e Uso de Drogas: um estudo sobre a representação da droga para jovens**. Belo Horizonte: Fiocruz, 2013.

LIMA, Elayne. **Recife destina R\$ 2,4 mi a comunidades terapêuticas: ‘preguiça e oportunismo’, diz especialista**. Brasil de Fato PE, 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/03/31/recife-destina-r-2-4-mi-a-comunidades-terapeuticas-preguica-e-oportunismo-diz-especialista>. Acesso em: 04 ago. 2025.

LOPES, J. O.; CAVALCANTE, L. A. **A política de redução de danos: uma nova perspectiva governamental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – UFAL, Maceió, 2013.

MARCO ZERO. **Novo edital: Prefeitura do Recife já pagou quase R\$ 1,5 milhão para comunidades terapêuticas**. [s.l.]: Marco Zero, [s.d.]. Disponível em: <https://marcozero.org/novo-edital-prefeitura-do-recife-ja-pagou-quase-r-15-milhao-para-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 26 jul. 2025.

MÍDIAMAX. **Relatório aponta violação de direitos em comunidades terapêuticas**. 12 mar. 2025. Disponível em: <https://midiamax.uol.com.br/brasil/2025/relatorio-aponta-violacao-de-direitos-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 7 ago. 2025.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE (OAPS). **Estudo inédito mostra crescimento, falta de controle e de avaliação do financiamento público de comunidades terapêuticas**. 2021. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/estudo-inedito-mostra-crescimento-falta-de-controle-e-de-avaliacao-do-financiamento-publico-de-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 26 jul. 2025.

OLIVEIRA, Luma; QUINALHA, Renan. **Da reforma à contrarreforma psiquiátrica: retrocessos na política de saúde mental no Brasil**. In: *Revista Serviço Social & Sociedade*, n. 141, p. 254-270, 2021.

PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICA DE DROGAS. **Relatório 2019: propostas para uma política de drogas no Brasil**. Disponível em: <https://pbpd.org.br>. Acesso em: 31 jul. 2025.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. In: *Loucura & Civilização Collection*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 4, 2002.

RIBEIRO, Marcos Leite. **Crack e exclusão social: o discurso da guerra às drogas e seus efeitos sobre as políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2015.

SANTOS, André. **Contrarreforma da saúde mental no Brasil: retrocessos e disputas ideológicas**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 140, p. 748–764, 2021.

SANTOS, Silvana; YAZBEK, Maria Carmelita. **As comunidades terapêuticas e a contrarreforma psiquiátrica: entre o conservadorismo e a violação de direitos**. In: **Observatório da Política de Saúde Mental. Dossiê Saúde Mental, Drogas e Democracia**. São Paulo: OAPS, 2021. Disponível em: <https://www.saudemental.org>. Acesso em: 06 ago. 2025.

SENAD. **Glossário de Álcool e Drogas**. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

SILVA, Luciana Kind et al. **Memórias da assistência psiquiátrica e da reforma psiquiátrica no Brasil**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, supl. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZwpfNhgjdsVFvmkkHV3gBpD/>. Acesso em: 26 jul. 2025.

SILVA, Simone Silva da. **Reforma psiquiátrica, comunidades terapêuticas e políticas de drogas no Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2022.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A racionalidade da contrarreforma na política e saúde e o serviço social**. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (orgs.). *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 85-108.

SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

TENÓRIO, Fernando. Comunidades terapêuticas e os desafios da atenção psicossocial. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Teoria e crítica em saúde mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 159–174.

TEIXEIRA, Flávia; FONSECA, Zilda. **Política de drogas e redução de danos: desafios e possibilidades**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

TRINDADE, R. et al. **Do louco “sem razão” ao sujeito “cheio de direitos”: reconhecimento sócio-histórico da loucura**. In: TRINDADE, Rosa; COSTA, Gilmaisa; SOUZA, Reivan (org.). *Crise contemporânea e serviço social*. Maceió: EDUFAL, 2010.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. **Os primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930)**. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Arquivos de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/9kdvf>. Acesso em: 26 jul. 2025.

YASUI, S. **A cidade e o outro: a construção da saúde mental a partir da experiência da psicose**. São Paulo: Hucitec, 2010.

