



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**ORIENTADORA MS. AMANDA LÍVIA DE LIMA CAVALCANTE**

**GABRIELA GOIANA HOLANDA**  
**LÍVIA BRANDÃO GARCIA**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O RETORNO AOS MANICÔMIOS E  
AS ATUALIZAÇÕES DE VIOLÊNCIAS HISTÓRICAS**

**FORTALEZA**

**2023**

**GABRIELA GOIANA HOLANDA**

**LÍVIA BRANDÃO GARCIA**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O RETORNO AOS MANICÔMIOS E  
AS ATUALIZAÇÕES DE VIOLÊNCIAS HISTÓRICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no dia 13 de junho de 2023 como requisito para obtenção do grau de bacharéis em Psicologia do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO, tendo sido aprovados pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

Orientador (a): Ms. Amanda Lívia de Lima Cavalcante

**FORTALEZA**

**2023**

**GABRIELA GOIANA HOLANDA**  
**LÍVIA BRANDÃO GARCIA**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O RETORNO AOS MANICÔMIOS E  
AS ATUALIZAÇÕES DE VIOLÊNCIAS HISTÓRICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no dia 13 de junho de 2023 como requisito para obtenção do grau de bacharéis em Psicologia do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO, tendo sido aprovados pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

Orientador (a): Prof. Ms. Amanda Livia de Lima Cavalcante

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Amanda Livia de Lima Cavalcante  
Orientador (a) – Centro Universitário Fametro

---

Prof. Dra. Maria Zelfa de Souza Feitosa Oliveira  
Examinador 1º – Centro Universitário Fametro

---

Prof. Dra. Lorena Brito da Silva  
Examinador 2º - Centro Universitário Christus

**FORTALEZA**

**2023**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de existir e guiar meus passos, conduzindo-me pelos caminhos necessários.

À minha mãe Janete, que apesar de não estar presente fisicamente, ilumina sempre os meus passos e orienta os meus caminhos. Embora não possa estar aqui para testemunhar essa fase da minha vida, sua presença, amor e apoio permanecem vivos em minha memória e em meu coração. Espero, um dia, poder sentir, novamente, seu abraço e afago.

À minha mãe Rita, por todo cuidado e dedicação incansável à minha educação e criação. Seu exemplo de fé e perseverança foram fundamentais para eu chegar até este momento. Não esquecerei sua abdicção e seus esforços, pois estes sempre me guiaram durante os momentos mais difíceis. Sei que posso sempre contar com seu carinho, suporte e direcionamento, obrigada por tanto.

A Bela, por todo cuidado e dedicação incansável à minha educação e criação. Seu suporte e palavras diárias sempre me encorajaram a enfrentar os desafios da vida com confiança. Sou grata ao incentivo e, sobretudo, o seu apoio. Principalmente nos dias em que eu desabava, você sempre esteve presente para lembrar do meu potencial e da importância de nunca desistir. Sou privilegiada por tê-la em minha vida.

Ao meu pai Edison, por toda disposição em me ajudar nos momentos difíceis. Valorizo todos os momentos que o senhor esteve ao meu lado, ouvindo minhas preocupações e compartilhando sua sabedoria. Sua dedicação e apoio foram fundamentais para que eu pudesse chegar até esse momento.

Às minhas irmãs, Raquel e Isabel, e à minha sobrinha Maria Rita, pelo apoio oferecido todas as vezes em que abriram mão de seu tempo para me ajudar. Agradeço os nossos momentos juntas e unidas, que proporcionam leveza e carinho aos meus dias.

A tia Marta, por todo cuidado e amor dado desde meus primeiros meses de vida. Sou grata ao seu amor maternal.

À minha amiga e irmã Sheryda, pelo seu exemplo de sabedoria e dedicação ao longo desse percurso. Observar o céu que você voou me motivou a superar meus limites e acreditar em mim. Obrigada por estar ao meu lado, por estar disposta a me ajudar, compartilhar e motivar para que eu seja a melhor pessoa e profissional possível. Sua amizade e irmandade são de extrema importância para mim.

Às minhas amigas e irmãs Marillyana e Marília, pela presença e apoio ao longo desses cinco anos. Agradeço por todas as risadas compartilhadas, por todas chamadas de estudo em que nos apoiamos mutuamente, por todas as lágrimas derramadas nos dias difíceis e por todos os momentos do nosso squad.

À minha grande amiga Vitória, pelo simples fato de existir. Agradeço a incansáveis vezes que ouviu minhas lamentações e choros. Seu apoio foi essencial para que eu pudesse concluir essa fase da minha vida.

À minha amiga Emilly, por todo companheirismo e afeto. Agradeço o cuidado nos momentos mais difíceis em que desabei. Nas vezes em que precisei desabafar sobre minhas dúvidas e incertezas, você sempre esteve ao meu lado, incentivando-me e lembrando-me dos meus sonhos. Suas palavras soaram como carinho e sempre foram fontes para renovar minhas forças.

Ao meu amigo Lis, por nossas memórias de infância e adolescência, e a concretização deste trabalho. Agradeço todo companheirismo e compreensão que compartilhamos durante esse momento de forma leve e afetuosa.

A todos os amigos que estiveram comigo ao longo desses cinco anos, agradeço as palavras de encorajamento, companheirismo e risadas compartilhadas, vocês tornaram este percurso muito mais leve e significativo. Sou grata por tê-los ao meu lado.

Aos meus professores, agradeço por todo ensinamento. Ressalto o apreço que tenho pela ética e, sobretudo, pela formação crítica a qual conduziram e guiaram meu processo formativo.

À minha orientadora, Amanda Lívia, pela sua disponibilidade, afeto, paciência e dedicação em me orientar, especialmente, pelo cuidado, pelas palavras amigas e pelos conselhos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os meus mais velhos, aos que tanto caminharam para que eu pudesse estar aqui hoje e a todas as forças que sustentam e zelam pela minha integridade física e mental.

Gostaria de agradecer à minha mãe, Verônica Maria, em memória, pelo esforço feito desde o meu gestar para que a minha vida fosse possível, com saúde, alimentação, educação e cuidado. Obrigado por todos os dias incansáveis que me acordou para ir à escola e mesmo não entendendo os porquês você sempre esteve lá. Obrigado por ter lutado junto a mim para que o meu direito de viver os meus afetos fosse assegurado nesta casa. Obrigado por me incentivar a seguir o caminho que meu coração pulsa, pois honro em teu nome a minha liberdade e a responsabilidade de sustentar meus passos hoje sem mais tua presença física, com a alegria e a certeza de que teu zelo permanece de onde estás, sendo a tua paz a minha também.

Agradeço à Lau, pela rotina que compartilhamos juntas, por todo suporte, amor, carinho e fé compartilhada. Te agradeço pelo zelo e pelos cuidados que compartilhamos também, aos nossos pets, às nossas plantas, a tudo que é vivo e digno de atenção. Obrigado por me ajudar nesse momento final da graduação e por toda paciência também. Obrigado por todo aprendizado e felicidade de momentos bobos, piadas inesperadas, música alta e parceria para o que der e vier. É uma honra estar ao teu lado hoje e saber que não estamos só, obrigado por compor algo tão singelo hoje que posso chamar de família.

Sendo assim, agradeço a Satanika, Caduca, Dia, Larica, Iully, e a todas as pessoas trans que de alguma forma também estão presentes em minha vida, vocês compõem um lugar muito especial nessa trama que é minha rede de afetos, minha família! Obrigado pelos rolês, pelas conversas e risadas infinitas, pelas refeições que fazemos juntas e tudo que simplesmente acontece quando a gente se encontra, estar perto de vocês de um modo geral é sustento para minha alma, muito obrigado!

Agradeço à Vitória Silva e Luiz Oliveira, por sermos um trio parada dura nos desabafos! Tenho a sorte de ter vocês do lado nesta caminhada e deixo aqui meu muito obrigado por todas as vezes que me escutaram e me acolheram, as partilhas sobre a vida que nós temos são únicas assim como vocês são extremamente únicos no meu coração. Obrigado por todo afeto, dengo e boas energias.

Gostaria também de agradecer às minhas primas Ana Raissa e Vitória Café, por representarem minha família sanguínea, por entoarem meu nome em voz alta e por toda

revolta que partilhamos sobre as adversidades da vida. Agradeço por não soltarem a minha mão e por serem mais pontos de luz no meu caminho, desejo que a fé nos leve para tudo aquilo que almejamos, nosso potencial é gigante!

Agradeço à Gabriela Goiana, que felicidade concluir essa etapa com você, minha amiga! É uma honra ter crescido com você e ter nos encontrado na Psicologia, nossos valores com certeza nos levarão longe e você é alguém que desejo muito manter pertinho nessa jornada. Obrigado por toda troca de conhecimento, pelo afeto e parceria que fez com que tudo fosse mais viável de se concretizar neste momento.

Agradeço fortemente à minha orientadora de TCC e de Estágio, Livia Cavalcante, pelo ano que foi decisivo na minha profissão de uma forma muito positiva, pois a vida encarregou de que nos encontrássemos. Hoje te considero amiga também, e a gratidão aumenta ainda mais pois a quantidade de coisas que aprendo contigo não caberia de forma alguma em um fazer de educadore tradicional. Obrigado por ser quem você é e me inspirar a ser quem sou, sua presença em sala é revolucionária e revolucionou muito a minha vida, assim como a de muitos alunos. Obrigado por acreditar em mim.

Agradeço de modo geral às pessoas que se dispuseram a cuidar de mim junto à minha mãe na minha infância e adolescência. Agradeço pelas ausências que tanto me ensinaram sobre o amor que acredito e me proponho a dar, construir e receber. Agradeço também aos demais profissionais e professores que me inspiram, assim como aos militantes transmaculines e não binários, e a toda força coletiva necessária para seguir.

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O RETORNO AOS MANICÔMIOS E AS ATUALIZAÇÕES DE VIOLÊNCIAS HISTÓRICAS

Gabriela Goiana Holanda<sup>1</sup>

Lis Brandão Garcia<sup>2</sup>

Amanda Livia de Lima Cavalcante<sup>3</sup>

## RESUMO

O presente estudo aborda uma análise histórica, social e política das atualizações da lógica manicomial presente nas Comunidades Terapêuticas (CT's) do Brasil, à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus desdobramentos na Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Tendo em vista o alto investimento nas CT's e os cortes em equipamentos como os Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), junto ao avanço do neoliberalismo e das igrejas neopentecostais, passou-se a fortalecer nos territórios do país um cenário de cuidado reduzido e ancorado em práticas proibicionistas e manicomiais às pessoas que fazem uso de Substâncias Psicoativas (SPA). O objetivo geral desta pesquisa é analisar como o desenvolvimento das Comunidades Terapêuticas atualizam a lógica manicomial, e como objetivos específicos: I) contextualizar o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas sobre drogas; II) investigar possíveis práticas que reproduzem a lógica manicomial dentro das comunidades terapêuticas e III) apontar limites e possibilidades para o cenário atual de (re)construção do modelo da Reforma Psiquiátrica. O percurso metodológico caracterizou-se por pesquisa de natureza qualitativa do tipo análise documental. Esse método analisa fontes primárias, escritas ou não, elaboradas pelo próprio autor, enquanto a pesquisa bibliográfica analisa fontes secundárias, transcritas de fontes primárias. Sendo os documentos analisados de fonte primária: *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia junto ao Ministério Público Federal e ao Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura. Como fontes secundárias foram escolhidas duas matérias de jornal: *Fantástico investiga Comunidades Terapêuticas - 19/06/2022*, e *MTE divulga Lista Suja do Trabalho Escravo com 289 empregadores*, da Carta Capital. Portanto, vimos que, assim como os manicômios que isolavam e puniam pessoas consideradas mal vistas na lógica hegemônica social, a CT está cumprindo esse mesmo objetivo, sendo necessário uma ampliação dessa temática e de seu caráter inconstitucional, aliada ao fortalecimento da lógica da Redução de Danos como um horizonte ético de nossas práxis. Em síntese, a análise acerca desse tema dispõe informações para profissionais de saúde e saúde mental, usuários e profissionais de serviços de álcool e outras drogas, bem como para a sociedade em geral, a fim de fortalecer a luta antimanicomial e antiproibicionista no Brasil.

**Palavras chaves:** Comunidades Terapêuticas; Lógica Manicomial; Reforma Psiquiátrica; Redução de Danos; Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Psicologia do Centro Universitário Fаметro, e-mail:gabriela.holanda@aluno.unifametro.edu.br, Fortaleza – CE;

<sup>2</sup> Acadêmico de Psicologia do Centro Universitário Fаметro, e-mail: livia.garcia@aluno.unifametro.edu.br, Fortaleza – CE;

<sup>3</sup> Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Fаметro, e-mail:amanda.cavalcante@professor.edu.br, Fortaleza – CE.



## ABSTRACT

The present study addresses a historical, social, and political analysis of the updates of the asylum logic present in Therapeutic Communities (TCs) in Brazil, in light of the Brazilian Psychiatric Reform and its developments in the National Policy for Integral Care for Alcohol and other Drugs Users. Considering the high investment in TCs and the cuts in facilities such as Alcohol and other Drugs Psychosocial Care Centers (CAPS AD), along with the advancement of neoliberalism and neo-Pentecostal churches, a scenario of reduced care anchored in prohibitionist and asylum practices towards individuals who use Psychoactive Substances (PSA) has been strengthened in the country's territories. The general objective of this research is to analyze the development of Therapeutic Communities as an update of the asylum logic, and the specific objectives are: I) to contextualize the Brazilian Psychiatric Reform movement and drug policies; II) to investigate possible practices that reproduce the asylum logic within therapeutic communities; and III) to identify limits and possibilities for the current scenario of (re)construction of the Psychiatric Reform model. The methodological approach was characterized by qualitative research of the literature review and document analysis type. This method analyzes primary sources, written or not, elaborated by the author himself, while bibliographic research analyzes secondary sources transcribed from primary sources. The primary source documents analyzed were: "Profile of Brazilian Therapeutic Communities" from the Institute of Applied Economic Research and the "Report of the National Inspection on Therapeutic Communities" conducted by the Federal Council of Psychology in conjunction with the Federal Public Ministry and the Prevention and Combating of Torture Mechanism. As secondary sources, two newspaper articles were chosen: "Fantástico investigates Therapeutic Communities - 19/06/2022" and "MTE releases Dirty List of Slave Labor with 289 employers." from Carta Capital. Therefore, it can be seen that, just like the asylums that isolated and punished individuals considered undesirable in the hegemonic social logic, the TC is fulfilling the same objective, necessitating an expansion of this theme and its unconstitutional nature, combined with strengthening the Harm Reduction logic as an ethical horizon of our praxis. In summary, the analysis of this topic provides information for health and mental health professionals, users, and professionals in alcohol and other drug services, as well as for society as a whole, in order to strengthen the anti-asylum and anti-prohibitionist struggle in Brazil.

**Keywords:** Therapeutic Communities; Asylum Logic; Psychiatric Reform; Harm Reduction; Public Policies for Alcohol and Other Drugs.

# 1 INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa iremos discorrer sobre a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com ênfase nos desdobramentos da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a fim de analisarmos as práticas de atualização da lógica manicomial de “cuidado” dentro das Comunidades Terapêuticas nos últimos 10 anos.

De acordo com Colombani e Martins (2017), em uma sociedade regida por problemáticas sociais, políticas e econômicas, frutos de um sistema capitalista, logo, colonial, a propagação de desigualdades, necessidade de consumo, segregação de corpos e regulação de desejos, partem também de um modelo higienista de cuidado. Este, classifica sujeitos entre normais-anormais, dentre outras representações que aqui discorreremos, visando tornar determinados corpos alvos de segregação e extermínio em prol da manutenção de tal modelo de cuidado.

Conforme Amarante (1995), esse modelo refere-se então ao manicomial, que partia de práticas que isolavam, internavam involuntariamente e puniam de modo severo pessoas que se encontravam em situação de sofrimento mental ou desvio das normas sociais. Em resposta a essa lógica violenta, tivemos a construção das políticas de assistência à saúde mental no Brasil sucedidas pela Reforma Psiquiátrica que, a partir de então, estruturou um modelo substitutivo ao hospitalocêntrico, visando redes de atenção à saúde mental, asseguradas por práticas de cuidado que garantisse os Direitos Humanos.

Sendo assim, os novos paradigmas da Reforma tornaram possível a construção de políticas públicas voltadas especificamente para as demandas do uso de álcool e outras drogas, que teve na Redução de Danos um referencial também de resposta à lógica manicomial (RAMEH DE ALBUQUERQUE *et al.*, 2017). Esta, encontra novas roupagens em nossa sociedade a partir das velhas práticas coloniais de dominação, ancoradas tanto pelo Estado quanto por instituições religiosas e meios de comunicação que, tratando-se do fenômeno das drogas, tem o proibicionismo como seu principal paradigma.

Para a realização deste trabalho, tomamos como ponto de partida a seguinte questão: Como a instituição das comunidades terapêuticas provocam a atualização da lógica manicomial? Esta pergunta nos é necessária tendo em vista que o Brasil vivencia um cenário preocupante em relação às políticas de assistência de pessoas com demandas referentes ao uso de álcool e outras drogas, levando em consideração o fortalecimento de práticas que

incentivam à internação compulsória e contribuem para financiamento de Comunidades Terapêuticas, as quais seguem uma abordagem punitivista de cuidado.

Tais práticas propõem a medicalização da vida, a institucionalização de sujeitos em situação de vulnerabilidade social, sendo problemáticas pertinentes ao momento atual que precisam de mais pesquisas e implicações a respeito, em especial um chamado para os profissionais do campo da saúde mental e da Redução de Danos.

Isto posto, na presente pesquisa temos como objetivo geral analisar o desenvolvimento das Comunidades Terapêuticas como uma atualização da lógica manicomial, e como objetivos específicos: I) contextualizar o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas sobre drogas; II) investigar possíveis práticas que reproduzem a lógica manicomial dentro das comunidades terapêuticas e III) apontar limites e possibilidades para o cenário atual de (re)construção do modelo da Reforma Psiquiátrica.

Em síntese, este estudo apresenta relevância ao dispor de uma análise com um caráter histórico, social e político sobre as atualizações das lógicas manicomiais, e a respeito das violências advindas das Comunidades Terapêuticas. Além disso, consideramos a importância de termos mais fontes de informação para subsidiar trabalhadores de saúde e de saúde mental, usuários e profissionais de serviços de álcool e outras drogas, assim como a sociedade geral, em prol da Luta Antimanicomial e antiproibicionista no Brasil.

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **2.1 Tipo da pesquisa**

Este estudo se trata de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo análise documental. Para Marconi e Lakatos (2007) o estudo documental caracteriza-se pela análise de fontes primárias, escritas ou não, elaboradas pelo próprio autor, enquanto a pesquisa bibliográfica trata-se da análise de fontes secundárias, transcritas de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento do acontecimento do fato ou fenômeno, ou posteriormente.

De acordo com Gil (2007, p. 62), a pesquisa documental pode ser considerada como uma “fonte rica e estável de dados”, composta por materiais que não receberam ainda um tratamento analítico e que possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Nesse estudo em questão, foi realizada uma análise documental referente às Comunidades Terapêuticas do Brasil, tendo em vista que, nesses documentos estão registrados os marcos históricos, sociais

e políticos, as rupturas de modelos de cuidado, de lutas e enfrentamentos, reconstrução e retrocessos.

## **2.2. Construção do *Corpus* da Pesquisa**

O corpus da pesquisa foi construído através dos documentos de fonte primária: *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017) e *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) junto ao Ministério Público Federal e ao Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura. Estes foram escolhidos a partir do respaldo dos órgãos responsáveis pelas pesquisas e de sua relevância atual, por nos trazerem dados qualitativos sobre as CT's. Assim como consideramos também a relevância do CFP, nosso órgão norteador profissional, na construção e participação ativa do Relatório de caráter nacional.

Como fontes secundárias foram escolhidas duas matérias de jornal: *Fantástico investiga Comunidades Terapêuticas - 19/06/2022*, disponível no YouTube<sup>4</sup> e *MTE divulga Lista Suja do Trabalho Escravo com 289 empregadores*, da Carta Capital<sup>5</sup>. As matérias foram escolhidas no decorrer da feitura do trabalho, pois vimos que seus dados são atuais, complementares e dialógicos com as demais fontes aqui discorridas, assim como a fim de nos subsidiar um maior embasamento argumentativo, acreditando na importância e fazendo jus ao caráter de multiplicidade de fontes que a pesquisa documental nos favorece.

Diante dos aspectos supracitados, o presente artigo institui-se a partir dos descritores, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; Frantz Fanon e Reforma Psiquiátrica; Redução de Danos e Políticas de Álcool e outras Drogas; Lógica Manicomial e Comunidades Terapêuticas; Drogas e Representações Sociais; Necropolítica e Comunidades Terapêuticas. Foram utilizadas as plataformas de periódicos científicos: Scientific Electronic Library Online – SciELO e Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia – PePSIC.

Realizamos este estudo no período de fevereiro a junho de 2023, analisando documentos dentro de uma janela temporal de 10 anos. O interesse pela temática surge a partir do contato de estudos sobre Reforma Psiquiátrica, Psicologia da Saúde, Saúde Mental, Drogas e Cultura e Políticas Públicas que, durante o nosso processo formativo, agregaram

---

<sup>4</sup> Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=r-TfTH07gHI>

<sup>5</sup> Disponível em:

[www.cartacapital.com.br/justica/mte-divulga-lista-suja-do-trabalho-escravo-com-289-empregadores/](http://www.cartacapital.com.br/justica/mte-divulga-lista-suja-do-trabalho-escravo-com-289-empregadores/)

uma implicação ativa de nossas práxis em torno da Luta Antimanicomial e de uma decolonização da Psicologia.

### **2.3 Procedimento de Análise**

A análise dos dados coletados ocorreu mediante embasamento teórico da Análise Institucional e da Psicologia Social, em consonância com estudos decoloniais e a partir de discussões referentes a alguns autores como Paulo Amarante (1995), Mary Jane Spink (1993), Erving Goffman (2001), Michel Foucault (1978) e Achille Mbembe (2016), estabelecendo conexão com as documentações selecionadas. Para tanto, foram realizadas análises acerca das violações dispostas nos documentos a partir dessa lente e sob o olhar crítico da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial.

Sendo assim, o arcabouço aqui utilizado foi fruto retirado do nosso percurso formativo, onde nos aprofundamos da literatura na área da Psicologia Social e de Saúde Mental, e suas demais ramificações que nos possibilitou de forma fidedigna estabelecer a relação entre as práticas manicomiais que ocorriam no passado, o que está determinado nas leis e o que está acontecendo no contexto atual das Comunidades Terapêuticas.

## **3. LÓGICA MANICOMIAL E O CONCEITO DE LOUCURA**

Para compreensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário percorrer a trajetória histórica e o modelo do tratamento da saúde mental. Segundo Ferreira et al. (2016) O conceito de loucura ao longo do tempo foi sofrendo mudanças. Na Idade Média, a loucura era sinônimo de possessão demoníaca e as pessoas “loucas” eram levadas à fogueira. Nesta época, a pessoa com transtorno mental perde sua autonomia e seus direitos, e os ditos loucos, antes vistos como indivíduos, passaram a ser vistos como pessoas pobres de espírito e doentes da alma (FOUCAULT, 1978).

Já na Idade Moderna, dá-se o primeiro passo para o tratamento do sofrimento psíquico e a loucura ganha status de doença, fazendo o Ocidente testemunhar o nascimento do Hospital Psiquiátrico. Ocorre então, uma mudança no conceito de loucura, considerando

quem não trabalhava e não produzia riquezas enquanto pessoas marginais e improdutivas, não podendo compartilhar o mesmo espaço nessa nova sociedade (FERREIRA, 2016).

No entanto, é somente na Idade Contemporânea que a loucura passa a ser objeto de uma ciência médica, a psiquiatria, e é contemplada pelas instituições. A loucura passa, então, para o âmbito da medicina e traz com isso um sujeito com novo status jurídico, social e civil, que passa a ser encarado como alienado, juridicamente incapaz e relegado à condição de minoridade (CASTEL, 1978).

Portanto, podemos considerar que essa construção histórica acerca da loucura incide diretamente sobre as práticas culturais e discursivas de cada período retratado, e que continua em atualização. Para Spink (1993), a ciência é responsável por produzir tal incidência através da mídia e das muitas versões populares que se desdobram através dela, construindo assim as representações sociais, que ditam da ideia construída sobre algo que sempre resultará em ações, possuindo caráter de permanência e fluidez ao mesmo tempo.

Isso justifica as diversas mudanças ocorridas em torno da ideia de loucura, sendo esta algo que permanece em vigor nos nossos discursos, porém compondo uma multiplicidade e complexidade de fatores envolvidos. Acontece, entretanto, que o saber científico não é neutro, e que a figura de louco no Brasil é a de uma pessoa marcada pelas desigualdades sociais de raça, gênero, sexualidade e classe, devido ao processo de colonização e os seus desdobramentos.

Dessa forma, Passos (2018) nos sinaliza para a importância de trazer à tona os efeitos, em especial, do racismo, na análise sobre a loucura e sobre o que foi considerado o Holocausto Brasileiro, vivenciado no período máximo dos Hospitais Psiquiátricos em nosso território, nos convocando para novos rumos à Luta Antimanicomial que abarque a luta antirracista, anticapitalista e (trans)feminista, assim como gostaríamos de acrescentar aqui de forma específica a luta antiproibicionista.

No tocante aos avanços ocorridos com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lancetti (1990) refere-se a desinstitucionalização italiana como a primeira influência que tivemos. A qual teve como objetivo a crítica aos manicômios e propôs uma ruptura de paradigmas, visando uma inserção dos pacientes na sociedade e indo na contramão da ideia de segregação, medicalização da vida e tratamentos desumanos (PASSOS, 2009).

Esse movimento foi influenciado principalmente pelo psiquiatra Franco Basaglia, mas vale salientar que seu precursor, Frantz Fanon, apesar de muito reconhecido pelo debate sobre

colonialismo e da luta antirracista, nos deu uma grande contribuição para a Luta Antimanicomial, mesmo tendo sido invisibilizado no nosso país em decorrência do epistemicídio. Fanon foi o primeiro psiquiatra a oficializar e denunciar em sua carta de demissão do cargo diretório de um hospital psiquiátrico em Blida, as violências institucionalizadas nos manicômios, a perpetuação do colonialismo nestes e a necessidade de uma luta radical e revolucionária (PASSOS, 2018).

Logo, a Reforma Psiquiátrica no Brasil, conta com marcos importantes para a sua construção, pautados em um modelo de atenção e cuidados em saúde mental, representados por lutas de trabalhadores, usuários e familiares, que visam a garantia de direitos, proteção e assistência social. Segundo De Oliveira et al. (2011) a luta antimanicomial constitui-se por lutas democráticas, contra violências e suas facetas.

### **3.1 Reforma psiquiátrica brasileiras: Marcos históricos**

O movimento da luta antimanicomial no Brasil contou com: o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, a Casa de Saúde Anchieta em 1989, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 e a Portaria nº 3.088/11.

No Brasil, ano de 1978, com o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), surgem greves organizadas por trabalhadores e denúncias sobre a violência e o descaso em hospitais psiquiátricos, com a participação de associações de familiares e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Esse momento desperta uma visibilidade para discussões acerca do saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, modelo de saúde da época, viabilizando o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2018).

Em Barbacena, Minas Gerais, entre 1930 a 1980, o Hospital Colônia foi palco de tratamentos psiquiátricos, e responsável pela morte de 60 mil pessoas. Durante 50 anos ocorreram cenas de horrores marcantes na história do Brasil. Conhecido como Holocausto Brasileiro, se tornou o destino dos ditos loucos. Conforme Daniela Arbex:

Cerca de 70% não tinha diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, pessoas rebeldes, gente que tornara incômoda ou ameaçava a ordem pública. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado os seus documentos (ARBEX, 2019).

Ao chegarem no hospital, as pessoas eram despidas de identidade e de sua dignidade. Eram constantemente violentadas e torturadas, submetidas a condições desumanas, viviam em celas superlotadas e insalubres, com nenhuma higiene. Muitos eram mantidos acorrentados, subjugados a uma vida fadada a violência física e psicológica. O acesso a cuidados adequados era extremamente negligenciado, sendo objetivado lucrar com corpos, quando apenas posteriormente foram denunciadas as violências por parte de funcionários do hospital.

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo sido a primeira aberta à sociedade e à democratização, propiciando um espaço para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Conferência foi pautada em discussões sobre “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”.

Um dos desdobramentos da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nomeado Prof. Luís da Rocha Cerqueira, em Bela Vista, São Paulo. O equipamento possibilitou outras alternativas de cuidado para os pacientes com transtornos mentais, indo contra ao modelo vigente dos hospitais psiquiátricos em 1986.

No ano de 1987, foi realizada a 1ª Conferência Nacional em Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, representando um marco significativo no modelo psiquiátrico brasileiro. A partir disso, entendeu-se que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal. Nesta, estruturou-se três temas básicos: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental”, “Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental” e “Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental”.

Em 1989, foi realizada a primeira intervenção contra a violência manicomial, ocorrendo na Casa de Saúde Anchieta, na Vila Belmiro, em Santos (SP). O equipamento era conhecido como “Casa dos Horrores” devido às práticas de tortura e violência contra as pessoas que ali estavam institucionalizadas. A intervenção fechou o local, sendo este também



um marco da reforma, possibilitando forças ao movimento que se firmava a favor da saúde mental e da luta antimanicomial.

A Declaração de Caracas foi realizada em 1990, na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Este documento marcou as reformas na atenção à Saúde Mental nas Américas. A declaração visava promover o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas com condições de saúde mental e reestruturar a atenção psiquiátrica com base na atenção primária à saúde, no âmbito dos sistemas locais de saúde, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico. (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em 1992, é resultado de longo processo democrático, composta por usuários, familiares, técnicos e representantes de entidades da sociedade civil. Esta foi sendo construída através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores sociais e setores-social, político, cultural nas conferências municipais, regionais e estaduais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Um marco histórico para o processo da reforma psiquiátrica brasileira foi a promulgação da Lei 10.216/01: Reforma psiquiátrica e os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil. Proposta pelo deputado federal Paulo Delgado de Minas Gerais, que “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), essa lei estabelece legalmente uma nova concepção de cuidado em saúde mental, redireciona o modelo assistencial, oferece tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada logo após a promulgação da Lei 10.216 de 2001 em Brasília, consolidando um marco no processo da reforma psiquiátrica. Partindo do tema central “Cuidar, sim. Excluir, não”, vinculado a proposta da Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001. Esta afirmava uma ética fundamental para atenção psiquiátrica, bem como, acesso, qualidade, humanização e controle social. Nesta, definiu-se três temas: “Financiamento”, “Recursos Humanos”, “Controle social”, “Acessibilidade”, “Direitos” e “Cidadania”.

Posteriormente, após 10 anos, através da portaria nº 3.088, de 2011 é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta constitui-se pelo respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e liberdade das pessoas; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

O desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. Com isso, o desenvolvimento e conquista dos marcos percorridos tratam-se dos serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos e ao modelo manicomial.

Os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial, são serviços de referência no tratamento de indivíduos que sofrem com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves e que o quadro seja considerado severo e/ou persistente para obter um cuidado intensivo, comunitário e personalizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Possuindo diversas ramificações, os CAPS também possuem o modelo Álcool e Drogas (AD), sendo este um dos equipamentos alternativos e em disputa atual de espaço e paradigma de cuidado às pessoas que fazem uso de SPA.

### **3.2 Política nacional sobre drogas: Marcos históricos**

O processo histórico das políticas sobre drogas no Brasil se implementa na primeira metade do século XX com a transposição das disposições e recomendações introduzidas pela Convenção Internacional do Ópio em Haia, para a legislação nacional. Desde a proibição do ópio até às políticas atuais, houveram mudanças significativas, mas nem sempre com avanços.

Nessa época, a política de drogas no Brasil era focada na proibição e repressão do comércio, especialmente do ópio, sendo o Decreto-Lei n. 891/1938, a primeira norma legal que consolidou ações de prevenção, tratamento e repressão de drogas no Brasil. Ainda em 1938, o Brasil aderiu à Convenção Única sobre Entorpecentes da Liga das Nações, o que levou a uma maior criminalização e ao estabelecimento de uma política de controle mais rígida.

Esse percurso só foi possível a partir das grandes mudanças estruturais que o país sofreu no início do século XX, como a diminuição do trabalho escravo, a imigração e o aumento dos grandes centros urbanos. Nesse momento, o uso de Substâncias Psicoativas

(SPA), antes especiarias retiradas da natureza, passa a ser consumo, mercadoria industrial fruto da sociedade burguesa (PAIVA, ROSA 2021).

Assim sendo, com uma alta no movimento higienista e tão qual racista, a Liga Brasileira de Higiene Mental realizou diversas ações para combater o alcoolismo, que na época estava em voga enquanto uma crise na sociedade e no campo da saúde. Tais ações viabilizaram o avanço dos cuidados em saúde e sanitarismo, entretanto de forma completamente descomprometida com os fatores da historicidade dessa questão (BOARINI, BOLONHEIS, 2015).

Logo, o aumento da criminalização e a política de controle mais rígida sobre as drogas, como citada acima, é fruto desses movimentos que seguem uma perspectiva de biopolítica, termo utilizado por Michel Foucault para referir-se aos mecanismos de poder de gestão da vida. Ou seja, para o autor os corpos na sociedade moderna eram geridos para serem passíveis de controle, tanto físico quanto mental e, com isso, fossem úteis ao sistema, servindo sua mão de obra. Já os corpos adoecidos ou desobedientes à disciplinarização eram aqueles que, de forma equivalente, eram passíveis de deixar morrer (ALVES, AZEVEDO, 2021)

Na década de 60, durante o regime militar, a política de drogas foi ainda mais repressiva, com o endurecimento das penas e a criação de órgãos específicos para combater o tráfico. Logo após, na década de 80, com o fim do regime militar, houve uma mudança nessa política, com a promulgação da Lei de Tóxicos em 1988, como também com o Decreto n. 85.110 que institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e normatizou o Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN, dando origem aos órgãos que atuam na governança da Política Nacional sobre Drogas até hoje.

De acordo com Souza (2007), no Brasil, no início de 80, a Redução de Danos (RD) inaugura o movimento de crítica ao modelo de proibição às drogas, com a criação dos programas de troca de seringas para evitar a disseminação de doenças infectocontagiosas, entre usuários de drogas injetáveis. Nesse sentido, a política brasileira de drogas sofreu algumas transformações e ações começaram a ser postas em prática pelo Ministério da Saúde.

Em 90, a RD foi incorporada às políticas de saúde pública do país, com a continuação dos programas de troca de seringas e com atendimento psicológico e social aos usuários de drogas. Nos anos 2000, a política de drogas no Brasil se tornou mais complexa,

havendo a implementação de políticas de prevenção, tratamento e Redução de Danos, coexistente à continuidade da lógica proibicionista (SOUZA, 2007), inclusive dentro desses espaços que propõem-se substitutivos.

Dessa forma, tais contradições vão configurando as tentativas de controle, da biopolítica, como já referida anteriormente, no âmbito do enfrentamento aos ditos problemas de determinadas substâncias, suas formas de uso e seus impactos, que variam a intensidade de acordo com o recorte temporal, como podemos observar nas linhas e, especialmente, nas voltas que compõem este percurso.

No ano de 2004, foi criado o Programa Nacional de IST/AIDS, que tem entre suas metas a redução do uso compartilhado de seringas e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis entre as pessoas que usam drogas injetáveis. Em 2006, com a Lei de Drogas, foi aprovada a internação compulsória de usuários em casos de dependência grave. Já em 2009, foi criado o programa "Crack, é possível vencer", que tem como objetivo financiar ações em diversas esferas das políticas públicas para apoio profissional aos usuários e combate ao tráfico (SOUZA, 2007).

É notório o tensionamento dentro dessa própria construção política relacionado aos paradigmas que coexistem e, por vezes, são capturados para retroalimentar a lógica de poder do sistema biopolítico, dando o enfoque ao setor jurídico e da saúde enquanto as instâncias mais diretas para tratar das questões relacionadas às SPA.

Aqui está o ponto chave do proibicionismo, colocar a droga como inimigo central a ser combatido e, conseqüentemente, marginalizar as pessoas que fazem uso de forma muito bem recortada e contextualizada racialmente, assim como geograficamente, nas periferias e nos contextos de pobreza, onde mais uma vez esses corpos tornam-se alvos de estigmas e vulnerabilização social (ALVES, AZEVEDO, 2021).

Já no trabalho de base, a Redução de Danos vem na contramão desse projeto político, sendo contra a lógica da abstinência, e visando estabelecer estratégias horizontais entre profissionais e usuários (*Canadian AIDS Society*, 2008), como também preocupa-se na autonomia destes na produção do seu cuidado e do próprio sentido em relação ao seu uso (SOUZA, 2007).

Sendo reconhecida como uma política eficaz para lidar com as questões circunscritas ao uso de drogas, a RD objetiva evitar a disseminação de doenças, reduzir os danos sociais e econômicos causados pelo uso, e melhorar a qualidade de vida das pessoas, a

fim de possibilitar outras lógicas e terapêuticas em relação ao uso e à dependência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

#### **4. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O RETORNO AOS MANICÔMIOS E AS ATUALIZAÇÕES DE VIOLÊNCIAS HISTÓRICAS**

Em 1960, no Brasil, foram criadas as primeiras Comunidades Terapêuticas direcionadas para o tratamento das toxicomanias. Esse movimento teve como inspiração os modelos europeus de CT, que baseiam-se em uma abordagem holística para o tratamento de dependência química (DE LEON, 2003; OBID, 2007). Porém, na realidade brasileira, esse modelo desenvolveu-se com fundamento no paradigma do proibicionismo e da abstinência completa de qualquer tipo de substância, independente da linha adotada e do nível de especialização do atendimento (ARAÚJO, 2003).

Espalhadas pelos estados do país, as CT's possuem suas singularidades de fazer, mas de modo geral seus pilares ancoram-se em disciplina, trabalho e espiritualidade (IPEA, 2017). Portanto, com as lacunas na assistência e a desresponsabilização do Estado no cuidado efetivo de pessoas que fazem uso de SPA, a consolidação dessas instituições, em sua maioria na época de ordem privada, sem apoio governamental, foi aumentando junto ao pânico moral em torno da guerra às drogas.

A partir da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas de álcool e drogas como já descritas, poucas vezes as CT's haviam sido citadas nesse âmbito, porém, em 2010, com o programa Crack, é Possível vencer, passaram a ter convênios dentro dessas políticas, que contrataram seus leitos para atender aos usuários, assim como também foram instituídas na RAPS dentro do nível de atenção residencial caráter transitório, descritas na portaria enquanto um serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011).

Importante ressaltar que nesse período o país estava sendo governado por um partido de esquerda que levantou a construção das políticas da assistência social e financiou a criação de diversos equipamentos para tal. Porém, em 2015, quando já víamos um crescimento conservador não só no Brasil, mas em diversos países do mundo, foi criada na Câmara dos Deputados uma Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras e Associações de Proteção e Assistência aos Condenados, recriada em

2019 (COSTA, 2021), no governo ultraneoliberal de Jair Messias Bolsonaro, o qual intensificou radicalmente o apoio a essas instituições.

Nesse mesmo ano foi instituída a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), decreto 9.761/2019, a qual revogou o decreto anterior que incluía a Redução de Danos (BRASIL, 2019a), assim como foi sancionada a nova Lei sobre Drogas (LD), nº 13.840/2019 (BRASIL, 2019b), que dentre diversos retrocessos à Reforma Psiquiátrica, estabeleceu um fortalecimento estratégico do Estado para com as Comunidades Terapêuticas.

Em conjunto com o desmonte do SUS e da terceirização e privatização das políticas sociais (COSTA, 2021), sem considerar a falta de evidência científica que apoie o método das CT's em relação a outras formas de tratamento, exceto se comparado a modelos carcerários (FIESTAS; PONCE, 2012), tais instituições não apenas cresceram, mas também tiveram suas práticas totais e fundamentalistas legitimadas pelo poder público, o que fortaleceu exponencialmente as práticas discursivas e as representações sociais sobre as drogas a partir do viés moralista e religioso presente.

Segundo a pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017), o funcionamento atual de uma CT se dá a partir de três grandes etapas. A pessoa deve ser isolada do mundo externo à Comunidade, passando pelo processo de desintoxicação da droga, controle da abstinência e aprendizagem da rotina do espaço, onde deve aderir à metodologia da CT a partir da compreensão do seu problema, indo para a etapa das atividades previstas, que pregam: autoconhecimento; controle emocional e aceitação da impotência perante às drogas; por fim, a reinserção social e familiar, quando a pessoa passa a ser preparada previamente e acompanhada após a saída da instituição.

Por instituições totais ou fechadas, Goffman, (2001) refere-se às que segregam e excluem indivíduos da sociedade, por um período considerável de tempo, levando-os a uma "mortificação do eu", à perda de sua identidade e a intenso sofrimento, sendo um grande exemplo destas o manicômio. Dessa forma, Natalino (2018) analisa em sua pesquisa 5 dimensões totalizantes presentes nas CT's a partir dos resultados da pesquisa do IPEA, sendo: indistinção entre o público e o privado; isolamento social; regime disciplinar; modo de recrutamento; e destino social dos egressos.

Na primeira, o autor avalia na pesquisa que as atividades nas Comunidades Terapêuticas são todas realizadas em grupo e são obrigatórias, ou seja, as pessoas não podem fazer escolhas individuais dentro da rotina institucional. Na segunda, verificou que tanto a questão geográfica quanto o controle às visitas e ligações visam isolar ao máximo os indivíduos da sociedade. A dimensão disciplinar dista da completa administração da vida nas CT's, seguida por regras e sanções. Nelas as pessoas são recrutadas a partir da coerção ou da adesão voluntária, mas esta pode ser relativizada quando se é analisado os caminhos de sugestão, pressão ou condição colocada pela família e pela sociedade para que a pessoa entre voluntariamente.

Por fim, o destino social dos egressos versa sobre poucos finalizarem o tratamento, mas a aprendizagem institucional é tão forte que torna alto o nível de reincidência ou de “carreira institucional”. Dessa forma, Natalino (2018) conclui que a abstinência e o modelo asilar, em sua maioria, gera uma nova dependência, a do mundo moral e do regime disciplinar e, portanto, há um processo de mortificação do eu nessas instituições, cuja lógica manicomial passa então a ser atualizada.

Consequentemente, tais características ferem o direito constitucional acerca da garantia à saúde para pessoas com transtornos mentais, decorrentes do uso de SPA ou não, definido como o direito de seguridade social, sustentado pelo tripé da universalidade, equidade e integralidade, assim como os direitos específicos à Lei da Reforma Psiquiátrica, que versam sobre a proteção contra abuso e exploração, garantia de sigilo de informações, direito à presença médica em casos de internação involuntária, ter acesso aos meios de comunicação, ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Ainda sobre o caráter da internação, seja voluntária, involuntária ou compulsória, a Lei nº 10.216/2001 estabelece que deve ser dado mediante um laudo médico expedido por um profissional devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde o internamento será feito, e a involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual em um prazo de 72h.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) dispõe na Resolução - RDC Nº 29/2011 sobre os requisitos de vigilância sanitária a qualquer instituição que preste serviços a pessoas com transtornos decorrentes das SPA's, que também determina uma avaliação diagnóstica para internações, assim como a proibição do uso de castigos físicos,

psicológicos ou morais aos internos, e a posse de mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes em caso de intercorrências clínicas (BRASIL, 2011).

O *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) junto ao Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e ao Ministério Público Federal, verificou que os norteadores legais citados acima estão sendo violados, que as CT's ainda são territórios pouco conhecidos de fato pela sociedade e, mediante o financiamento público a tais instituições, nos convoca a uma reflexão e exige do Estado e da sociedade brasileira as devidas tomadas de decisão perante o exposto (CFP, 2018).

Portanto, a Inspeção teve como objetivo ao vistoriar 28 CT's nas cinco regiões do país, identificar situações concretas do dia a dia institucional, e as práticas adotadas por elas. Sobre as condições dos dormitórios, por exemplo, viram casos de existência de cadeados trancados por fora, com controle rígido de horários e problemas em relação a situações de emergência, pois as pessoas ficam sem canais de comunicação, mesmo com monitores plantonistas no local (CFP, 2018). Segundo uma interna:

Somos trancadas todos os dias depois do almoço, entre 13h e 14h30, para o que eles chamam de sonoterapia; e depois das 20h às 6h. Nos finais de semana é até pior porque a sonoterapia dura quatro horas depois do almoço. Não importa se você está com sono ou não. Se não estiver, vai ficar trancada do mesmo jeito. De noite, eles ficam lá embaixo no quarto da monitoria. Se houver alguma emergência, daqui que eles venham nos socorrer, já estaremos mortas. Uma vez uma interna se cortou e por mais que ela gritasse demorou muito até virem socorrê-la. De vez em quando, uma sofre acidente e o atendimento é uma demora. (PE 02 – Reviver – Paudalho)

Dentre as sanções identificadas, as pessoas eram obrigadas a realizar tarefas repetitivas, como escrever várias vezes um mesmo salmo da Bíblia, o aumento da laborterapia, visto literalmente como uma exploração do trabalho, a perda de refeições e a violência física, sendo tais atos analisados também enquanto práticas de tortura.

A centralidade da religião na rotina das CT's é algo utilizado constantemente como justificativa para as punições, tanto na obrigatoriedade de participação a cultos quanto às questões morais resultantes em tortura psicológica, como as violências que acometem as pessoas dissidentes de gênero e sexualidade nesses contextos (CFP, 2018), onde temos como exemplo o caso de uma travesti que foi inicialmente internada em uma ala masculina:

[...] houve relatos por internos do casarão de que suas roupas femininas foram proibidas e de que o pastor tentava convencê-la de que aquele comportamento era fruto de uma possessão de espírito maligno ou “pombagira”. Na percepção dos internos, ela não se



adequou às regras da CT e foi transferida para a ala feminina. Na ala feminina, internas relatam que era tratada como homem. [...]. Não ficaram evidentes os motivos da internação dessa travesti e nem o motivo de sua saída da CT. (MG 04 – Maanaim – Itamonte).

Já em uma reportagem de investigação sobre as CT's, realizada pelo programa Fantástico, podemos ver também os atravessamentos da violência de gênero e sexualidade, em destaque contra pessoas trans, quando o intitulado deputado federal pastor sargento Isidório afirma: “Você deixou o Diabo lhe enganar. Você deixou o médico cortar seu pé de sofá. Ela só pensa que tem bilau. O Diabo diz ao homem que ele pode ser mulher, aí ele se veste todo, bota silicone”. Logo mais, ele segura um facão e diz em tom de deboche: “Meu psiquiatra chegou. Seu psiquiatra chegou”. Seguido de “Aqui não é rivotril, aqui não é desgraçatril, miseratril, aqui é deustril, jesustril e espírito santotril”.

Não à toa, a guerra às drogas possui sua curva crescente em concomitância ao avanço das igrejas protestantes e neopentecostais que fez emergir um entusiasmo popular fortalecido em práticas discursivas ultraconservadoras como a de Isidório. O êxtase religioso, a ênfase moral sobre casamento, família, drogas e aborto, por sua vez, são exemplos de fatores que influenciaram a América Latina como um todo ao abandonar o catolicismo e ir para o protestantismo, culminando no Brasil em profundas disputas sobre a concepção e a gestão das políticas sobre drogas como temos visto até então (ROCHA, 2021).

Destarte, a ênfase cristã nas CT's está diretamente relacionada ao processo de silenciamento das religiões de matrizes africanas, o que Rocha (2021) apontam como uma verdadeira simbiose e expressão do autoritarismo neoliberal, alinhado ao proibicionismo estadunidense, trazendo, portanto, o cenário geopolítico e geoeconômico também como basilar nessa trama que é integrada pelo racismo estrutural do Estado brasileiro e, portanto, das práticas nas CT's.

Sendo assim, Mbembe (2016) nos convida a um novo olhar para o que Foucault intitula biopolítica, como já citado acima, ao tratar a política como uma forma de guerra que não apenas deixa morrer, como um Estado passivo, mas que é meio para também exercer o direito de matar, intitulado por ele enquanto conceito de necropolítica. Portanto, junto à sua inconstitucionalidade, a CT se mostra enquanto dispositivo de atualização manicomial e colonial que está progressivamente sendo exposta e denunciada a respeito disso, mediante também as controvérsias dos sistemas e jogos político partidários que compõem esse cenário.

Neste ano de 2023 tivemos a conquista de ver pela primeira vez na história uma Comunidade Terapêutica ser inserida na lista suja de empregadores que tenham submetido trabalhadores a condições análogas à escravidão, divulgada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), onde constava o nome do pastor Alírio Caetano dos Santos Júnior, que teve 78 internos de sua CT resgatados em 2020 após a constatação das violações, informações estas contidas na matéria da Carta Capital, como já citada anteriormente.

Retornando ainda alguns pontos sobre a história do CFP (2018), também foi identificado a situação de pessoas que em tese não compõem o público alvo das CT's, mas que lá encontram-se internadas, como crianças e adolescentes, idosos, pessoas em situação de rua e pessoas com transtornos diversos de saúde mental, assim como neurodivergentes. Logo, a ampliação do uso dessa instituição ratifica o seu caráter contemporâneo de segregação, que visa afastar essas pessoas e seus “problemas” do convívio social (CFP, 2018).

Portanto, mais uma vez a lógica manicomial é constatada neste dispositivo, vista se retomarmos a história dos manicômios, onde os casos documentados eram de pessoas sendo internadas sem transtornos mentais legítimos, e de serem conhecidos por receber pessoas marginalizadas e indesejadas pela sociedade na época, como mulheres grávidas, pessoas que fazem uso de álcool, homossexuais, prostitutas, pessoas com deficiências mentais leves, entre outros.

Sobre o repasse de recurso público às CT's, consta no Relatório que a esfera federal é o principal meio acessado advindo das políticas sobre drogas, assim como das secretarias de Saúde e Desenvolvimento Social. Já no repasse estadual e municipal as informações da origem não foram bem evidentes, assim como sobre quais são os valores recebidos. Porém, o que foi conseguido coletar mostrou que tais valores e a oferta dos serviços possuem um profundo descompasso, quando a maior parte dos trabalhos realizados são feitos pelos próprios internos nas condições já descritas. (CFP, 2018).

Na mesma reportagem do Fantástico que citamos anteriormente foi mostrado que em 2019, apenas do Ministério da Cidadania foram destinados a essas instituições R\$ 81 milhões, e em 2021 R\$ 134 milhões, representando um aumento de 65%, enquanto os CAPS AD tiveram apenas 11% de aumento. Este período retratado corresponde justamente aos anos de governo Bolsonaro, onde a ligação do discurso vigente estava explicitamente aliada

a este processo de desmonte do SUS e de uma explosão de moralismo religioso e práticas neofascistas.

Entretanto, no primeiro mês de governo do atual presidente Luiz Inácio Lula da Silva cuja pauta de governo se opõe à anterior, vimos em janeiro de 2023 a criação de um Departamento de apoio às Comunidades Terapêuticas, vide Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, vinculado à Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (BRASIL, 2023).

Tal situação despertou então um estado de alerta sobre as controvérsias e a complexidade de se fazer uma política sobre drogas dentro das parametrizações do SUS e demais instâncias, considerando que o fortalecimento das CT's na esfera pública gerou essa brecha que lhe favoreceu legitimação e crescimento diante dos demonstrados dos CAPS, porém nos perguntamos a que custo e, mais ainda, quais rotas são/estão sendo possíveis diante do cenário atual? Encerramos essa seção com essa reflexão que precisa ressoar não só academicamente, mas sobretudo, no contexto político e social.

## **5. TEMPO DE ESPERANÇAR: NENHUM PASSO ATRÁS, MANICÔMIOS NUNCA MAIS!**

A Psicologia possui uma posição central nas discussões referentes à Luta Antimanicomial e Redução de Danos. Partindo de uma proposta de transformação social, a Psicologia Social Comunitária preza por uma práxis voltada à colaboração com a emancipação das minorias sociais e a superação de desigualdades, e para tanto, é importante a problematização e desnaturalização de saberes hegemônicos que perpetuam violências históricas (CASTRO e MAYORGA, 2019).

De acordo com os autores, o fazer da Psicologia diz respeito à construção social da subjetividade mediante um sistema dialético, histórico e cultural, com o intuito de potencializar relações coletivas e a autonomia de sujeitos em seus diversos contextos, tendo como ponto de partida principal a garantia de direitos humanos e de participação.

A esse respeito, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) do Brasil vem se posicionando de forma crítica em relação às Comunidades Terapêuticas, sendo constantemente manifestada uma preocupação com relação à violação dos direitos humanos, às práticas violentas e à falta de embasamento científico identificadas nas CT's do país. Os posicionamentos referidos, se ancoram no histórico do Conselho Federal de Psicologia na

luta pela implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), a qual defende um modelo não asilar, de cuidado integral e de proteção de direitos (CFP, 2023).

O momento político atual encontra-se favorável para as disputas e para a retomada dos investimentos nos serviços de políticas públicas como um todo. Sendo assim, a criação do Departamento de Apoio às CT's, Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, conseguiu provocar uma série de respostas de diversos órgãos, inclusive do Conselho Nacional de Saúde, recomendando a extinção do mesmo.

Destarte, acreditamos nessa potência de ações, respostas e lutas coletivas que ressoam em coro: Nenhum passo atrás, Manicômios nunca mais! É notório o tensionamento e a organização das agendas na busca por esse fortalecimento, quando passamos a nos inserir nos múltiplos espaços de debate e articulação, que muitas vezes não chegam às universidades particulares, como no nosso caso, ou chegam timidamente.

Concomitante a isto, o CFP solicitou uma agenda com o atual Governo para apresentar o posicionamento a respeito das Comunidades Terapêuticas no país. Propõe-se que os primeiros encontros ocorram com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), com o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) e com o Ministério da Saúde.

Organiza-se essa agenda com pautas direcionadas ao Poder Executivo buscando uma articulação interministerial para articular uma discussão da Política Nacional de Saúde Mental e Drogas, em consonância com a Política Nacional sobre Drogas, com vistas à criação de um planejamento conjunto que compreenda o cuidado às pessoas que usam drogas como um 'cuidado em saúde'. (CFP, 2023)

Pautados por abordagens terapêuticas eficazes, pela Redução de Danos, pelo apoio dos equipamentos com abordagem multidisciplinar e sobretudo, pelo respeito aos Direitos Humanos e à luz da Lei da Reforma Psiquiátrica, acreditamos que o fechamento total das Comunidades Terapêuticas no Brasil seria um passo de concretização em direção a uma verdadeira assistência em saúde mental, que deve sempre ser dada mediante práticas inclusivas, respeitosas, embasada cientificamente, que priorize a desinstitucionalização e a participação comunitária.

Estas são premissas básicas para promover a transformação necessária no cuidado em saúde mental no Brasil. Portanto, caminhamos na contramão dessa realidade idealizada, tendo em vista o crescimento e o fortalecimento dessas instituições. Destacamos a

necessidade inegociável de seu fechamento total, visto que essas instituições, em muitos casos, realizam práticas inconstitucionais que violam os direitos humanos, contradizendo os princípios fundamentais estabelecidos na Constituição de 1988.

Desta forma, pensar uma práxis da Psicologia com aqueles e aquelas que fazem uso de álcool e outras drogas diz respeito à articulação de um diálogo central com a ética da Redução de Danos. É de suma importância que se pensem possibilidades de cuidado que tenham como ponto de partida o intuito de promover o acesso à saúde e informação, independente das escolhas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, além de estabelecer a promoção de autonomia e fortalecimento de identidade.

Sendo assim, é necessário que sejam questionadas práticas manicomialis que envolvem violências e violações de direitos, considerando as recentes atualizações destas, não apenas nas Comunidades Terapêuticas, mas também em serviços de saúde pública. Há que se fortalecer a premissa de atuação dentro dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, sendo estes os principais pontos de suporte e construção de práticas de cuidado da Redução de Danos no Brasil.

Por fim, como Paulo Freire nos ensina, caminhamos hoje com a esperança do verbo esperar, que indica movimento, não esperança do verbo esperar. Esperançar é construir junto de outras pessoas aquilo que acreditamos (FREIRE, 2014), portanto esperamos em nossa própria caminhada a partir do desejo de expansão e ampliação da vida, pela potência que habita a loucura e as práticas desviantes e questionadoras, na aposta por um cuidado em liberdade.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme apontado, discutiu-se aqui a lógica manicomial em suas múltiplas dimensões e atualizações, considerando sua influência histórica, social e estrutural na vida da população brasileira. Enquanto uma tecnologia que se atualiza, foram sinalizadas implicações das Comunidades Terapêuticas na construção de subjetividade e identidade de pessoas com questões referentes ao uso de álcool e outras drogas. Além disso, foram explorados caminhos possíveis para práticas antimanicomialis no cuidado em saúde mental desta população.

O percurso até aqui traçado trouxe perguntas as quais as respostas podem surgir a partir das provocações propostas. Pensar no cuidado em saúde mental de pessoas que fazem

uso de álcool e outras drogas diz respeito não apenas à criação de novas políticas e normativas que institucionalizam o cuidado, mas diz de movimentos de inclusão, afirmação e reconhecimento de direitos, sofrimentos, violências e potencialidades desta população.

Destarte, vemos aqui que a Reforma Psiquiátrica e a sua lógica de cuidado é algo a ser disputado, desconstruído e reconstruído na prática, portanto, novamente excede às questões legais e partidárias, está em nossa forma de operacionalizar o cuidado, está nos discursos e representações sociais, está na humanização de sujeitos e corpos vistos historicamente como objetos da ciência.

Ademais, a Psicologia enquanto profissão ocupa assim um lugar histórico de resistência, de fortalecimento da luta antimanicomial, onde se tem discutido a institucionalização e as violências em diferentes espaços, utilizando diversos saberes e linguagens, com o intuito de construir possibilidades de cuidado em saúde mental para sujeitos plurais que têm seus direitos violados dentro de contextos manicomiais no Brasil.

Por fim, acreditamos que ainda há um longo caminho de luta para ser trilhado, entretanto, a presente pesquisa se une ao que tem sido produzido teórico e metodologicamente sobre a temática, partindo de inquietações e deixando outras tantas aqui expostas, a fim de provocar a crítica reflexiva sobre o movimento antimanicomial no Brasil e as atualizações de lógicas manicomiais em contextos como os da Comunidade Terapêutica.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Yossonale Viana; AZEVEDO, Márcio Adriano. **A Biopolítica de Michel Foucault: controle do indivíduo e da sociedade.** Revista Inter-Legere | Vol 4, n. 30/2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/19998>>. Acesso em: 09 abr. 2023.

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

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de. **Comunidades terapêuticas: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil.** Disponível em: [http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as\\_137.htm](http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm). Acesso em: 22 abr. 2023.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** Editora Intrínseca, 2019.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 22, p. 1231-1248, 2015.

BRASIL. **Crack, é Possível Vencer? Enfrentar o crack. Compromisso de todos.** Brasil: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019. **A Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: Presidência da República, 2019a.

BRASIL, **Decreto Nº 11.392,** DE 20 DE JANEIRO DE 2023.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei 13.840, de 05 de junho de 2019. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Presidência da República, 2019b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Relatório final da 2 Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasil. Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASTEL, Robert; ALBUQUERQUE, Maria Thereza da Costa. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** In: A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. 1978. p. 329-329.

COLOMBANI, Fabiola; MARTINS, Raul Aragão. **O movimento higienista como política pública: aspectos históricos e atuais da medicalização escolar no Brasil.** Revista on-line de Política e Gestão Educacional, p. 278-295, 2017.

COSTA, P. H. A. da. **Comunidades Terapêuticas nas políticas antidrogas: mercantilização e remanicomialização.** Serviço Social em Debate, [S. l.], v. 3, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/4693>>. Acesso em: 11 abr. 2023.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.**

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.** São Paulo: Loyola. 2003.

DE OLIVEIRA, Walter Ferreira; DOS SANTOS PADILHA, Cristina; DE OLIVEIRA, Cristiane Molina. **Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização.** Saúde em debate, v. 35, n. 91, p. 587- 596, 2011.

DO CIDADÃO, Procuradoria Federal dos Direitos et al. **RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS -2017.** 2018.

FERREIRA, Jhennifer Tortola et al. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental.** Rev Saberes, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.



FIESTAS, F.; PONCE, J. **Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática.** Revista Peruana de Medicina. Experimentale y Salud Publica, Lima, v. 29, n. 1, p. 12-20, mar. 2012.

FOUCAULT, Michel . **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** Editora Paz e Terra, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Internados.** Buenos Aires: Amorrortu, 2001.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Nota Técnica nº 21. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras.** Rio de Janeiro: IPEA; 2017.

LANCETTI, Antonio. **Loucura Metódica.** In: Saúde Loucura no 2. São Paulo: Hucitec, 1990.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 226 p.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** In: Arte & ensaios, v. 2, n. 32; 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2003.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. **Isolamento, Disciplina e Destino Social em Comunidades Terapêuticas.** Capítulo publicado em: Comunidades terapêuticas: temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. - Rio de Janeiro : IPEA, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9445>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Tratamento/modelos/comunidade terapêutica.** Disponível em: [www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br).

PAIVA, Júlio César; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Redução de Danos e sua potencialidade como ferramenta antirracista na Atenção Psicossocial.** Revista de Políticas Públicas, vol. 25, núm. 2, pp. 720-737, 2021. Disponível em: <<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/18473/10077>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

PASSOS, Izabel Friche. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana.** In: Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. 2009. p. 244-244.

PASSOS, R. G. **“Holocausto ou Navio Negroiro?”**: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, Rossana Carla et al . **Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE)**. *Psicol. pesq., Juiz de Fora*, v. 11, n. 1, p. 1-2, jun 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472017000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472017000100010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 09 mar. 2023.

RAMOS, Renata Cristina M.; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/3sMBcMnM5JvLMjYJsTd6xTn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

ROCHA, Andréa Pires; LIMA, Rita de Cássia Cavalcante; FERRUGEM, Daniela. **Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso**. *Revista Katálysis*, v. 24, p. 157-167, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Lh3PsrgLWfDyW8PpYDKMZmB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

SAÚDE MENTAL NO SUS: **os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SOUZA, T. P. (2007). **Redução de danos no Brasil: A clínica e a política em movimento** (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil).

SPINK, Mary Jane. **O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial**. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 jul/set, 1993. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/3V55mtPK8KXtksmhbkctkj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 07 mar. 2023.