



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**ARTUR BEZERRA MOTA SOUSA**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E O CENÁRIO DA CONTRARREFORMA  
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

**Miracema do Tocantins, TO**

**2022**

**Artur Bezerra Mota Sousa**

**Comunidades Terapêuticas e o Cenário da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira**

Artigo apresentado à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vanda Micheli Burginski

Miracema do Tocantins, TO

2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- S725c    Sousa, Artur Bezerra Mota.  
          Comunidades Terapêuticas e o Cenário da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. / Artur Bezerra Mota Sousa. – Miracema, TO, 2022.  
          34 f.
- Artigo de Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2022.  
          Orientadora : Vanda Micheli Burginski
1. Contra-Reforma Psiquiátrica. 2. Saúde Mental. 3. Comunidades Terapêuticas. 4. Saúde Coletiva. I. Título

**CDD 150**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

ARTUR BEZERRA MOTA SOUSA

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E O CENÁRIO DA CONTRARREFORMA  
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Artigo apresentado à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia foi avaliado para a obtenção do título de bacharel e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 21 / 12 / 2022

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Vanda Micheli Burginski, UFT

Documento assinado digitalmente

gov.br

RUHENA KELBER ABRAO FERREIRA

Data: 02/03/2023 15:17:57-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Ruhena Kelber Abrão Ferreira, UFT

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Juliana Biazze Feitosa, UFT

Ao meu pai, José Ferreira di Sousa (In Memoriam) que me acompanhou em espírito durante essa trajetória. À minha avó, Maria Lúcia (In Memoriam) que acreditou fielmente na chegada desse momento.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a pessoa que mais acredita no meu sucesso, que durante esse longo caminho esteve presente dando todo apoio, minha super-heroína e mãe Maria Félix. Uma mulher de tamanha força da qual eu tenho profunda admiração e orgulho.

Aos meus irmãos, Naiane e Helielson, dos quais eu guardo profundo respeito. Ambos representam o melhor de nossos pais.

A minha prima Amanda, que sempre se mostrou um apoio crucial para que eu chegasse até aqui, e assim como eu reflete o amor e o brilho dos sonhos da nossa vizinha (*In Memoriam*) vividos por nós através do orgulho que ela sentia. Sua ausência física não abala a presença em nossos corações.

As minhas tias Zeneide e Zuleide, aos meus tios Davi, Mauro, Francisco, Júnior e Dourival, dos quais meu pai tinha grande apego.

A toda a família da minha mãe, que ao contrário dos meus parentes paternos desfrutam do privilégio de serem numerosos. Apesar de não os citar separadamente, registro aqui meu carinho por cada e por todo incentivo.

Finalizados os sanguíneos, agradeço também a família que o universo me deu, meus amigos Regi, Karina, Lucas, Saulo, Matheus e Walisson. Essas são as pessoas para quem minha mãe liga quando não me encontra. Vocês foram essenciais nessa minha trajetória, cada um contribuiu de uma forma especial. Amo muito vocês!

A cidade de Miracema que me acolheu durante seis anos. A comunidade desta cidade e tudo que ela representa me deu amparo em todos esses anos.

Aos meus tesouros miracemenses, Yasmin Parreão, Witano, Ismael, Michele, Maiara, Heitorzinho, Êga Maria, Lua, Itila, Lívia, Dani Paes, Bibi, José Luís, Tsuyoshi, Gabi, Hemyllle, Morena, Tininha, Arlen, André Bernardes, Helen Karita e Giorge. Esse caminho é duro, mas cada um de vocês representaram algo de suave e que vale a pena recordar.

A Prof<sup>a</sup> Juliana Biazze, que em pouco tempo se tornou uma grande referência profissional. Digo com muito carinho que minha admiração só aumenta pela sua empatia, simpatia e por aceitar meu convite para composição da banca de defesa do presente trabalho.

Ao Prof<sup>o</sup> Kelber Abrão, do qual sempre guardarei boas recordações. Falas e conselhos podem se perder com o passar do tempo, mas as colocações do Prof<sup>o</sup> Kelber criaram raízes e se confundem com minhas experiências passadas e presentes.

A minha orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso e mentora. Sua parceria, carinho, cumplicidade e amizade compõem o *roll* de qualidades das quais tenho profundo

respeito e admiração. Onde quer que o universo me coloque eu levarei muito do seu afeto. Espero um dia poder demonstrar uma parte mínima que seja das contribuições dessa querida na minha vida.

Ao meu Deus que jamais me abandonou. Apenas minha fé não seria capaz de fazer tanto por mim, mas as tuas manifestações em momentos dolorosos reforçam a cada dia meu amor e minha gratidão ao meu Pai!

E a todos aqueles que mesmo não citados nominalmente são merecedores dos meus agradecimentos.

Gratidão!

## RESUMO

O presente trabalho se qualifica na reflexão teórica e de revisão dos acontecimentos que marcam o crescente movimento de contrarreforma psiquiátrica em andamento no Brasil, dando destaque ao papel desempenhado pelas Comunidades Terapêuticas aos fatos em discussão. A corrente conservadora que ocupou e tem tomado força no cenário político nacional nos convoca a refletir sobre as discussões que se estabelecem contrárias aos posicionamentos reformistas, representando uma tentativa de consolidação de políticas centradas na mercantilização da saúde por meio da iniciativa privada. O presente trabalho é composto, primeiramente, por um breve resgate histórico dos movimentos contra-reformistas, evidenciando o flerte deste com pautas políticas conservadoras. Em seguida é feita uma análise dos processos de desmonte sofridos pela RP através de uma sensibilização diante das estratégias nefastas de regulação das políticas de saúde mental, destacando-se a estratégia de mercantilização da saúde mental por meio das Comunidades Terapêuticas (CTs). A pesquisa de revisão bibliográfica de caráter qualitativa, realizada por meio documental, selecionou o material de análise disponível nos sites oficiais de órgãos da gestão pública ligados ao tema. A análise dos insumos da pesquisa foi realizada através de publicações selecionadas nas plataformas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Conclui-se com uma reflexão sobre os já evidentes danos e aqueles que ainda poderão ocorrer, tendo como eixo o papel fundamental da resistência diante das problemáticas elencadas.

**Palavras-chave:** Contra-Reforma psiquiátrica. Saúde Mental. Comunidades Terapêuticas. Saúde Coletiva.

## **ABSTRACT**

The present work is qualified in the theoretical reflection and review of the events that mark the growing movement of psychiatric counter-reform in progress in Brazil, highlighting the role played by the Therapeutic Communities to the facts under discussion. The conservative current that has occupied and has been taking strength in the national political scenario calls us to reflect on the discussions that are established against the reformist positions, representing an attempt to consolidate policies centered on the mercantilization of health through private initiative. The present work is composed, first of a brief historical review of the counter-reform movements, highlighting their flirtation with conservative political agendas. Next, an analysis of the dismantling processes suffered by RP is made through an awareness of the nefarious strategies of regulation of mental health policies, highlighting the strategy of commodification of mental health through Therapeutic Communities (TCs). The research of bibliographic review of qualitative character, carried out through documental means, selected the material for analysis available in the official sites of public management organs linked to the theme. The analysis of the research inputs was carried out through selected publications on the Virtual Health Library (VHL) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) platforms. It concludes with a reflection on the already evident damages and those that may still occur, having as its axis the fundamental role of resistance in the face of the listed problems.

**Keywords:** Psychiatric Counter-Reform. Mental Health. Therapeutic Communities. Collective Health.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela I. Documentos Selecionados.....	25
----------------------------------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RP	Reforma Psiquiátrica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CTs	Comunidades Terapêuticas
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
PNAD	Política Nacional
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional de Política Sobre Drogas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Breves concepções acerca da loucura e alternativas de tratamento.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2</b>	<b>A Reforma psiquiátrica brasileira: avanços e contrafluxos.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3</b>	<b>Comunidades Terapêuticas e a consolidação do retrocesso .....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>A contrarreforma psiquiátrica: renitências e retrocessos.....</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>29</b>
<b>4.1</b>	<b>Comunidades Terapêuticas: Vigilância e Perspectivas .....</b>	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*Os ventos sopram para o passado.* (Paulo Amarante)

O presente trabalho não se propõe ao inédito, no que tange ao pioneirismo na teorização do tema, mas na reflexão teórica e de revisão dos acontecimentos que marcam o crescente movimento de contrarreforma psiquiátrica em andamento no Brasil. Tal proposta não se desvincula da significativa importância da discussão do tema como coloca Bicas (2008, p. 473) ao descrever a originalidade: “implica desvendamento de dúvidas, apresentação de perspectivas à abordagem de problemas, revelação de resoluções, explicitação de correlações importantes”.

Ainda se tratando de novidade, não se qualifica desse modo os movimentos de luta em defesa da Reforma Psiquiátrica (RP), no entanto a crescente corrente conservadora que ocupou e tem tomado força no cenário político nacional nos convoca a refletir as discussões que se estabelecem contrárias aos posicionamentos reformistas. Considerando o cenário político como eixo de decisões e legislações que asseguram a consolidação da humanização da saúde mental, tal fato nos convoca a retomada das discussões, outrora estacionadas em um limbo conformista da aplicabilidade da RP, mas que nos últimos anos tem sido colocada em retrocesso, movimento este descrito por Costa, Brandão, Araújo e Silva (2019, p. 8): “como a existência de hospitais psiquiátricos e o sucateamento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se aprofundam cada vez mais, a correlação de forças políticas conservadoras e a tendência de um processo de contrarreforma psiquiátrica com retorno do manicômio, da medicalização e da indústria da loucura.”

E é nesse contexto capitalista que se desenvolve um novo mercado lucrativo, suavemente repousando nos investimentos públicos na terceirização dos cuidados com a loucura, que na prática nada mais fazem do que a reprodução do modelo de cuidado hospitalocêntrico. Em vista disso, nos encontramos diante de uma enorme interrogação ao final do movimento anti-reformista: a loucura é lucrativa? Conforme Amarante (2018), sim! “Há um retorno da política privatizante, da mercantilização da vida, tomando-se a saúde e as doenças como mercadorias, alvo de interesses específicos. Esses interesses não visam à saúde da população, visam à ganância e à obtenção de lucros com as doenças da sociedade”.

O presente trabalho é composto, primeiramente, por um breve resgate histórico dos movimentos contra-reformistas, evidenciando o flerte deste com pautas políticas conservadoras. Em seguida é feita uma análise dos processos de desmonte sofridos pela RP através de uma sensibilização diante das estratégias nefastas de regulação das políticas de saúde

mental, destacando-se a estratégia de mercantilização da saúde mental por meio das Comunidades Terapêuticas (CTs). Finalizamos com uma reflexão sobre os já evidentes danos e aqueles que ainda poderão ocorrer, tendo como eixo o papel fundamental da resistência diante das problemáticas elencadas.

### **1.1 Breves concepções acerca da loucura e alternativas de tratamento**

De antemão destacam-se as falhas epistemológicas que surgem a partir da metade do século XVII, e certamente se refletem nos dias atuais, trazendo à tona um modo de lidar com a loucura baseado no “internamento dos alienados” como descreve Foucault (1972). O autor ainda considera “que o internamento dos alienados é a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura, e dado que será ele o motivo de escândalo, quando essa experiência vier a desaparecer da cultura europeia” (FOUCAULT, 1972, p. 55).

O manejo baseado no controle do existir da população destoante dos padrões da normalidade (CANGUILHEM, 2009) se materializa, nesse contexto de institucionalização, por meio da retirada desses indivíduos do convívio social. Quando me refiro à normalidade faço referência à perspectiva de Amarante (2010) em sua crítica ao uso obtuso da loucura para controle social, desse modo, o sofrimento psíquico não foi – nem é- o motivo exclusivo para se institucionalizar os ditos loucos. No bojo das práticas de limpeza de todo indivíduo que destoa e/ou envergonha a sociedade é que se estabelece a institucionalização inquestionada de depósito desses:

Os que são amarrados às paredes das celas não são tanto homens de razão extraviada, mas bestas presas de uma raiva natural: como se, em seu limite extremo, a loucura, libertada desse desatino moral onde suas formas mais atenuadas estão encerradas, viesse reunir-se, por um golpe de força, à violência imediata da animalidade (FOUCAULT, 1972, p. 167).

Institucionalizar o indivíduo supõe, entre outras consequências, um abandono dos fatores subjetivos e constitutivos do ser e o torna parte da instituição. Basaglia (1968, p. 121) reflete isso como a transformação em um corpo vivido na instituição, pela instituição, a ponto de ser considerado parte de suas próprias estruturas físicas. Tal processo se mostrou falho em diversos pontos, ainda no presente trabalho veremos algumas das consequências na vida dos sujeitos institucionalizados, mas a violência e a desumanização que cercearam a existência dos loucos antes das reformas psiquiátricas muito provavelmente foram alguns dos mais evidentes resultados.

Outro ponto a ser discutido diz das qualificações distorcidas, sendo otimista nessa classificação, pelas quais se distribuiu o arcabouço patológico que justificasse as internações. Os relatos presentes no livro “O Holocausto Brasileiro” (ARBEX, 2013) revela a tendência “higienista” (BOLONHEIS-RAMOS e BOARINI, 2015) pela qual se justifica a institucionalização dos indivíduos, colocando em um só lugar de distanciamento social os corpos existentes que destoavam a norma. Essas classificações eram predominantemente baseadas em julgamentos moral, social e muito pouco comprometida com o cuidado da saúde mental.

As colocações do parágrafo anterior se materializam e ficam registradas na existência dos ex-internos, ou sobreviventes dessas instituições, que representam a parcela de indivíduos que não chegaram ao ápice das práticas presentes dentro dessas instituições retratadas, por exemplo, pelos mais de 60 mil mortos vítimas do Hospital Colônia na cidade de Barbacena, em Minas Gerais. Com base nisso podemos supor que as internações não tinham o intento terapêutico no sentido de viabilizar a reinserção dessas pessoas na sociedade, mas no destino finalístico para aqueles com os quais a sociedade não se dispõe a lidar.

Foucault (1972) em suas colocações ainda cita que a experiência francesa no manejo da loucura pela via do desconhecido e do asilamento se materializa em diversas finalidades que não se aproximam de uma proposta de tratamento, mas uma expressão nítida da exclusão social pela qual os indesejáveis foram submetidos, aliando-se a uma estrutura de poder:

De saída, um fato é evidente: o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. (FOUCAULT, 1972, p. 57)

A materialidade dos fatos ocorridos durante a experiência europeia com a loucura se desenvolve desde as concepções políticas que sempre estiveram nos bastidores dos eventos, mas também nas adequações físicas e do ambiente para depósitos dos indivíduos loucos.

Muitas vezes essas novas casas de internamento são estabelecidas dentro dos próprios muros dos antigos leprosários; herdaram seus bens, seja em decorrência de decisões eclesiásticas, seja por força de decretos reais baixados no fim do século. Mas também são mantidas pelas finanças públicas: doações do Rei, quotas-partes retiradas das multas que o Tesouro recebe. (FOUCAULT, 1972, p. 60)

Os leprosários estabelecidos inicialmente para acolhimento de pessoas acometidas pela lepra, atualmente a nomenclatura correta para tal é a doença de hanseníase, são readequados para asilamento dos loucos carregam consigo um símbolo social de local de distanciamento e

reclusão daqueles que deveriam permanecer isolados dos demais indivíduos.

## **1.2 A Reforma psiquiátrica brasileira: avanços e contrafluxos**

*E a história nos mostra o quão violento pode ser o obscurantismo conservador. (CARVALHO, 2010, p. 2).*

Antes de adentrarmos no debate específico da reforma psiquiátrica na realidade brasileira, cabe destacar o que compreendemos por reforma e, seu oposto, a contrarreforma. Um primeiro aspecto a se destacar é que as reformas possuem longa tradição entre setores da esquerda e estiveram no epicentro do debate teórico e político, particularmente nos séculos XIX e XX. Assim, o termo reforma tem forte conotação positiva já que implica em alterar aspectos ou corrigir desigualdades do sistema capitalista e se constituíram como forte mecanismo de pressão política dos movimentos sociais ao impor limites aos ganhos do capital, na perspectiva de melhoria das condições de vida da classe trabalhadora.

Entretanto, nos tempos atuais, segundo Behring e Boschetti, (2007) falar em reformas para definir as configurações econômicas e sociais assumidas pelo Estado neoliberal é um contra senso (BEHRING e BOSCHETTI, 2007). O que essas ditas “reformas” promovem é, sem dúvidas, uma redução dos direitos sociais, caracterizando-se no sentido oposto do que se convencionou chamar de reformas. Segundo as autoras (2007, p. 128) o que há de fato é que o termo reforma passa a ser incorporado para um “uso pragmático”, “como se qualquer mudança, não importando seu sentido sócio-histórico e suas consequências sociais significasse uma reforma” – o que Behring e Boschetti – denominam de apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia de reforma, que a destitui de seu espírito reformista. Nesse sentido, o termo contrarreforma psiquiátrica é apropriado para definir o movimento, que nos últimos anos, tem avançado em direção à destruição ou tem até mesmo impedido em avançar na construção de uma política de saúde mental pautada em valores humanitários e democráticos, o qual nos dedicaremos no próximo tópico. Por ora, nos deteremos no movimento de reforma psiquiátrica.

Na realidade brasileira, o movimento de Reforma Psiquiátrica (RP) começa a se articular no contexto da ditadura civil-militar como expressão das reivindicações de trabalhadores de saúde mental com diversos movimentos sociais, em função da insatisfação da sociedade civil perante o asilamento e a mercantilização da loucura. Segundo Vasconcelos (2010) a reforma psiquiátrica tem como principal reivindicação a substituição de modelos de internação (hospitais psiquiátricos) por serviços abertos e comunitários, que não impliquem na retirada

desses pacientes do convívio social. Esses serviços deveriam ser capazes de atender as necessidades sociais dos usuários, desde as crises e as demandas psicológicas até as de caráter social. Nessa direção, a RP defende um modelo de tratamento que implica na retirada de pessoas com transtorno mental dos serviços fechados para serviços psiquiátricos alternativos, abrindo a psiquiatria para outros saberes e poderes, configurando-se em uma área de intervenção interdisciplinar. Assim, foi se construindo coletivamente, críticas ao chamado saberpsiquiátrico, centrado no modelo médico e hospitalocêntrico no que tange à assistência junto a pessoas com transtornos mentais.

Como marco desse processo de organização pode-se destacar o ano de 1978, em que surge no país diversos movimentos sociais que, por sua vez, são silenciados pelo regime militar, dentre eles destaca-se o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Esse movimento ganha destaque em função dos questionamentos acerca das políticas de assistência psiquiátrica da época. De acordo com Rocha (2012, p. 19):

O MTSM denunciava a desumanização do atendimento nos hospitais psiquiátricos, a “indústria da loucura” – como abordado anteriormente, fruto da mercantilização da medicina - nos hospitais privados se iniciava o processo, ainda incipiente, de reivindicação por serviços comunitários de atendimento ao portador de sofrimento mental, potencialmente capaz de romper com a lógica hospitalocêntrica, centrada nas internações na centralidade dos hospitais psiquiátricos, concentrados nos grandes centros urbanos. (ROCHA, 2012, p. 19).

Esse movimento teve um papel importante enquanto protagonista da reforma psiquiátrica e consolidou uma perspectiva de organização externa ao Estado, se espraiando pela sociedade civil, mobilizando a opinião pública e a imprensa. Sua atuação se configurou em torno de “denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração” (VASCONCELOS, 2010, p. 23). Além disso, também denunciavam a corrupção da indústria da loucura instituída pelos serviços privados por meio de convênios com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), bem como reivindicavam melhores salários e condições de trabalho para trabalhadores da saúde mental. A plataforma política do MTSM consistia em: redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos, a regionalização das ações e dos serviços em saúde mental, controle das internações na rede, a expansão da rede ambulatorial em saúde mental, composta por uma equipe multiprofissional, humanização e a reinserção social nos asilos.

Esse movimento se articulou intensamente com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) sob a perspectiva da (des)mercantilização da saúde no país e em sua

constituição como direito social universal” (ROCHA, 2012, p. 19):

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005, p. 06).

Seu auge foi em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde – a qual abriu um novo campo de possibilidades para se (re)pensar a saúde pública – contribuindo para as transformações tanto no âmbito sanitário quanto no psiquiátrico. Essa conferência, que se constituiu como marco, teve como temas: a Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Entretanto, cabe destacar que enquanto movimento social buscou-se ir além, o de pensar uma concepção de saúde atrelada à crítica da sociedade burguesa, propondo superação dessa ordem societária, se vinculando a uma perspectiva da determinação social da saúde/doença. Contudo, nos limites da ordem burguesa procurou-se ampliar o conceito de saúde e a ação institucional revendo a legislação sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo esse processo como reforma sanitária, que se transformaria mais tarde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro marco foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília- DF e neste mesmo ano também se realizou o II Congresso Nacional do MTSM na cidade de Bauru-SP. Sobre a conferência pode-se inferir que sua estruturação se deu a partir de três (03) temas principais: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental.

Com a Constituição Federal de 1988, é implementado o Sistema Único de Saúde (SUS) que abre a possibilidade de uma nova política de saúde, tendo os seguintes princípios: a saúde como direito universal do cidadão e dever do Estado, ressaltando o seu caráter universal na atenção em saúde mental, tendo como princípios básicos a universalidade, a integralidade, intersetorialidade, equidade, igualdade e o controle social.

Temos em 1989, o Projeto de Lei Paulo Delgado, “que dispõe sobre a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos. É um marco na história da luta antimanicomial, do movimento de desinstitucionalização da psiquiatria tradicional” (AUGUSTO BISNETO, 2009, p. 35). Entretanto, este projeto de lei buscava a substituição dos manicômios por um novo modelo descentralizado, participativo e de base comunitária. De acordo com Vasconcelos, temos as primeiras iniciativas oficiais do movimento que são:

O lançamento em 1989 do projeto da Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial; a realização em 1990 as Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, em conferências participativas que culminam na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, considerando um marco na história da psiquiatria brasileira. (VASCONCELOS, 2010, p. 26).

A partir da portaria n° 224 de 29 de janeiro de 1992, foram criados os NAPS/CAPS, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidades de saúde local/regionalizada.

No entanto, a consolidação da RP se encontrou diante dos processos políticos pelos quais se subordinam a execução das políticas públicas, principalmente ao financeiro, pois o “país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2005, p. 08). Essa descontinuidade se configurou, e configura, um risco da repetição do fracasso na experiência europeia e norte americana. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 21) descrevem esse fenômeno ao pontuar que os “hospitais psiquiátricos são em parte reorganizados segundo a lógica do “revolving door”, ou seja, em compasso com o avanço das políticas que propunham a redução das internações em manicômios, “ao lado desses hospitais, começaram a funcionar outras estruturas de tipo assistencial ou judiciário que internam e asilam pacientes psiquiátricos”.

Apenas no ano de 2001, após 12 anos desde a apresentação do PL 3.657/89 e diversos trâmites na Câmara dos Deputados, é aprovada a Lei Ordinária 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001):

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; (...)
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; (...)
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, Art. 2°).

A normativa contida na referida Lei não apenas resguarda os direitos mínimos para os usuários, mas ainda os protege de violações que eram parte do cotidiano dessas pessoas tratadas conforme a lógica hospitalocêntrica vigente. Ainda incide a esse respeito outro aspecto nevrálgico para o presente trabalho, que se refere a nova perspectiva de reinserção do indivíduo

a sociedade, este tomando forma a partir de então, porém é parasitada pela mercantilização da loucura, mas isso será retomado à frente.

A “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” ocorrido entre os dias 07 a 10 de novembro de 2005 em Brasília – BR, relatou, sobretudo, denúncias direcionadas a diversas expressões da “violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência” (BRASIL, 2005, p. 07). A esta discussão cabe destaque ainda a um dos eixos centrais do presente trabalho, que, dentre outros, se subsidia nos conceitos de “asilamento genocida e a mercantilização da loucura” (VASCONCELOS, 2010, p. 20).

Desse ponto em diante farei uma explanação do surgimento dos cuidados em rede, essa atitude se mostra adequada à medida que se assume a proposição dessa nova perspectiva como chave para o avanço da referida área. A princípio é crucial destacar a consolidação da reforma sanitária, e a aprovação da Lei Orgânica 8.080/90, como precursor dos avanços na reforma psiquiátrica, pois os diversos campos das políticas públicas em saúde, incluindo saúde mental, acompanharam o ritmo do estabelecimento do Sistema Único de Saúde e suas diretrizes fundamentais.

Esse fluxo reformista subsidiou uma das principais características dos cuidados em rede, pois a partir do princípio da “integralidade” (BRASIL, 1990, Art. 7º) foi possível articular ações de cuidado levando em conta os atores sociais envolvidos, o indivíduo e o acesso a diversos serviços ligados entre si, que “é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa” (BRASIL, 2013, pág. 19).

É essencial ainda destacar o espaço o qual os avanços nas iniciativas de cuidados às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, sendo estas uma parcela significativa dos atendidos pela RAPS, levando ao indivíduo um atendimento por meio de serviços substitutivos, “que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições clássicas, e não serem apenas paralelos simultâneos ou alternativos a elas” (AMARANTE, 2007).

Essa retomada poderia ser mais abrangente e possivelmente necessitaria de bem mais que um artigo para que se pudesse dar espaço a evidência de cada um dos avanços pelos quais a RP se desenvolveu até sua consolidação, no entanto o presente trabalho finaliza esse tópico com um dos mais simbólicos marcos da política de saúde mental: Projeto Terapêutico Singular. O PTS “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007, p. 39).

Sendo uma derivação da Política Nacional de Humanização, o PTS corrobora com a

integralidade, citada anteriormente, no que tange os cuidados em saúde de forma especializada de acordo com as demandas de cada paciente em atendimento. Em termos práticos, "é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações" (BRASIL, 2007, p. 39).

### 1.3 Comunidades Terapêuticas e a consolidação do retrocesso

As CTs vêm tomando destaque no campo de cuidados em saúde mental, principalmente de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. "Recentemente, o consumo de substâncias psicoativas se tornou tanto um problema de saúde quanto de segurança pública, algo que ocorreu concomitantemente aos avanços científicos na indústria química, na medicina e na farmacologia" (SCHIMITH, MURTA e QUEIROZ, 2019, p. 1). Considerando seu caráter privado e as tendências problemáticas que pairam sobre a expansão dessas instituições é crucial que se estabeleça uma retomada dos avanços os quais atualmente caminha a passos largos em direção a consolidação destas no cenário da saúde mental brasileira.

As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como Comunidades Terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características: I – adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sócio familiar e econômica do acolhido; II – ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares; III – programa de acolhimento; IV - oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12 desta Resolução; V – promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa (BRASIL, 2015, não paginado).

Tais instituições são conhecidas de diversas formas e geralmente ocupam um espaço no território pelo qual se atribui notoriedade devido aos estigmas sociais, que na maioria das vezes associam as CTs ao cárcere, pois se pressupõem que boa parte dos acolhidos são oriundos do sistema penal. Posteriormente iremos avançar mais nesse ponto, pois aqui incide um recorde significativo do fenômeno que o presente trabalho se propõe a discutir.

As CT foram ganhando notoriedade a partir dos anos 1950, como alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial. Porém, apesar da proposta alternativa ao modelo manicomial, desde o surgimento da CT já se criticava o fato de que algumas facilmente voltavam ao velho esquema dos antigos hospícios. As CT voltadas exclusivamente para o tratamento das toxicomanias começaram a surgir a partir de 1960 [...] (DAMAS, 2013, p. 52)

Nesse contexto se percebe um cenário favorável ao apoio e fomento de instituições que

não apenas oferece uma alternativa humanizada, que susta as intervenções de lógica manicomial, e ao mesmo tempo comparece como uma saída aos processos de judicialização, uma vez que, a segurança pública é convocada com fervor a participar ativamente desse processo levando em conta a criminalidade que se sustenta nesse meio conforme Schimith, Murta e Queiroz (2019).

Em 2011 o Ministério da Saúde, por meio da Agência Brasileira de Vigilância Sanitária põe em vigor a Resolução - RDC N° 29, De 30 de Junho de 2011, que “dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (Brasil, 2011). Dentre outras deliberações a ANVISA estabelece por meio da referida Resolução que:

Durante a permanência do residente, as instituições devem garantir:

I -o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência;

II - a observância do direito à cidadania do residente;

III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;

IV IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;

(Brasil, 2011, Art. 20).

“Trata-se de um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades.” (SABINO e CAZENANE, 2005, p. 168). Uma significativa parcela dessas comunidades terapêuticas se baseia na religiosidade e sua administração também é feita por entidades ligadas à igreja e/ou pertencentes a pessoas vinculadas a partidos políticos. Diversas/os autoras/es já estruturam colocações que evidenciam uma preocupação latente do fundamentalismo religioso que permeia os cuidados para pessoas em condição de tratamento ao uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas.

Passos, Araujo, Gomes e Farias (2020, p. 128) retratam essa preocupação ao colocarem que essas instituições “parecem guardar maior proximidade com a experiência estadunidense, dado seu forte apelo à reforma moral, associado ao fato de que aqui assumem significativa influência religiosa, recuperando elementos basilares do tratamento moral presente na psiquiatria tradicional.”

Outro aspecto nevrálgico a se tomar evidência são as atividades laborais ocorridas

dentro e através das CTs pelos acolhidos, sendo este um aspecto comum no funcionamento dessas instituições. Algumas dessas atividades visam um rendimento financeiro que, posteriormente, seria destinado ao custeio da manutenção dessas instalações e da permanência dos indivíduos sob cuidados. Segundo o Relatório Nacional da Inspeção em Comunidades Terapêuticas do Conselho Federal de Psicologia:

Além da substituição do trabalho formal e remunerado pelo que se denomina laborterapia, o que se encontrou na inspeção nacional realizada em outubro de 2017 foi a presença constante de um chamado trabalho “voluntário” que, sem que se configure de fato essa modalidade, encobre violações aos direitos trabalhistas (CFP; MNPCT; MPF, 2018, p. 103).

Em resposta a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) publicou em 2020, após o uso do documento de inspeção elaborado pelo CFP se intensificar, uma nota onde classificou as observações, dentre outras, como “amostras tendenciosas e insignificantes, desconsideração absoluta de boas práticas nas verdadeiras CTs e indisponibilidade absoluta para o debate aberto com as organizações do setor, como a FEBRACT.”

## 2 METODOLOGIA

O que se propõe é uma análise acerca do movimento de contrarreforma psiquiátrica, que nunca saíram de cena, mas que nos últimos anos têm avançado em direção ao desmonte das políticas públicas voltadas à rede de atendimento da saúde mental que vinha sendo construída e consolidada a partir dos anos 1990 e, particularmente, nos anos 2000. Nesse sentido, o avanço das CTs terá destaque como ponto fundamental para a substituição dos serviços públicos em saúde mental, oriundos da RP, e ágil inserção destas instituições no cenário brasileiro.

A presente pesquisa se classifica como uma revisão bibliográfica de caráter qualitativa. Esta abordagem se mostrou adequada considerando que a problemática é composta por fatos e eventos que resultaram em publicações de normativas e documentos. Dessa forma Fonseca pontua que:

[...] a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto (FONSECA, 2002, p. 32).

A este ponto ainda cabe destaque a eficácia do levantamento do material de análise estar integralmente disponível nos meios digitais garantidos pela Lei Nº 12.527/2011, que regula o acesso à informação, ou seja, as decisões e discussões feitas no âmbito deliberativo que incide sobre a RP é de acesso público.

O debruçar acerca do tema pode e tão somente adequar-se ao modelo de pesquisa qualitativa, que conforme Godoy (1995, p. 21) “oferece três diferentes possibilidades de se realizar pesquisa: a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia”. Sendo ainda mais específico adequo o levantamento de insumos da pesquisa a primeira dessas, nas colocações de Godoy (1995, p. 21) “a pesquisa documental representa uma forma que pode se revestir de um caráter inovador, trazendo contribuições importantes no estudo de alguns temas”. Portanto, a escolha dessa perspectiva metodológica não apenas é indicada como também vai ao encontro da afirmação de que “a abordagem qualitativa se ocupa nas Ciências Sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (ALVES, SARAMAGO, VALENTE; SOUSA, 2021, p. 52).

Para cumprir os pressupostos metodológicos foram feitas buscas em plataformas de produções acadêmicas com confiabilidade consolidada e também em portais oficiais de organizações que também cumprem o requisito de adequação por fidedignidade. As plataformas selecionadas foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a Scientific Electronic Library

Online (SciELO), nas quais a busca seguiu um padrão de utilização de palavras chaves sempre de forma conjunta, sendo elas: “comunidades terapêuticas” e “reforma psiquiátrica”. Esse método resultou em produções que não apenas sanou a relevância ao tema como ainda selecionou aqueles nos quais as CTs fossem trabalhadas em concomitância com a RP.

Os textos selecionados são destacados a seguir com um descritivo objetivo das suas contribuições para análise: a) **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020 (2022)**. Refere-se a um relatório executivo realizado pela “*Conectas Direitos Humanos*” e o “*Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP*”, que trouxe contribuições relevantes acerca das CTs não restritas apenas aos dados financeiros, mas ainda tecendo uma série de apontamentos que corroboram para a formulação dos resultados deste trabalho. b) **Relatório Da Inspeção Nacional Em Comunidades Terapêuticas – 2017, (2018)** Elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e pelo Ministério Público Federal (MPF) por meio da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), essa compilação revela de maneira detalhada as condições de operação das CTs no Brasil no ano de 2017 e representa um retrato muito preciso através de avaliações especializadas a respeito do cumprimento das regulamentações descritas posteriormente. c) **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01, (2021)**. Essa publicação elaborada a partir da colaboração da DESINSTITUTE e Renata Weber, representa um panorama atualizado do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) no Brasil. A produção contribui na criticidade ao processo de desmonte da referida política por meio de dados precisos que dão conta de análises relevantes para a presente pesquisa. d) **DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, UMA OUTRA VIA: A Reforma**

**Psiquiátrica Italiana No Contexto Da Europa Ocidental E Dos "Países Avançados", (2001)**. Os autores Franco Rotelli, Ota de Leonardis e Diana Mauri discorrem, a partir dessa produção, uma retomada essencial ao processo de RP na Europa Ocidental e nos EUA, contribuindo com subsídios significativos para análise do contexto brasileiro pelo qual se estabelece as CTs.

O levantamento realizado através dos portais governamentais de acesso público, pelos quais são disponibilizadas as normativas legais de regulamentação das CTs, resultou na seleção de 6 (seis) documentos. O recorte cronológico estabelecido para a presente pesquisa foi delimitado não apenas pelo autor deste, mas pelo avanço significativo das publicações, ou seja, reforço aqui o caráter ágil no que se refere a transitoriedade das mesmas e a direta relação com o apoio político de abordagem conservadora disparado nos últimos anos de governo do país. Isso resulta em uma seleção de regulamentações que datam do ano de 2018 a 2020.

Tabela I – Documentos Selecionados

Nº	Ano	Título e link	Resumo
1	2018	Resolução 001/2018 do Conselho Nacional de Política Sobre Drogas. <a href="https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-e-marco-de-2018-6285971">https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-e-marco-de-2018-6285971</a>	Aprovar as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal.
2	2018	Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018 <a href="https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176">https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176</a>	Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre álcool e outras drogas, que envolvem articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.
3	2018	Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018 <a href="https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n">https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n</a>	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
4	2019	Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019 <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm</a>	Altera regulações anteriores referentes a PNAD e dispõe 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.

5	2020	Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 <a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833">https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833</a>	Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.
6	2020	Portaria conjunta nº 4, de 22 de outubro de 2020 <a href="https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-4-de-22-de-outubro-de-2020-284713412">https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-4-de-22-de-outubro-de-2020-284713412</a>	Aprova orientação técnica conjunta para a atuação intersetorial e integrada entre a rede socioassistencial e as Comunidades Terapêuticas no enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) junto à população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas.

Fonte: elaborado pelo autor

A análise construída segue 3 (três) categorias base para o percurso metodológico investigativo, elegendo estes por incidirem diretamente nas CTs: Crescimento, Financiamento e Efetividade. Essa divisão possibilitou um recorte essencial da pesquisa para delimitar objetivamente os fatores que se relacionam ao retrocesso da RP, considerando que a realidade dessas instituições é passível de reflexões em diversas áreas.

A respeito do crescimento e financiamento, vislumbrou-se uma análise conjunta, uma vez que ambos possuem uma paridade substancial ao que se refere a progressão do surgimento das CTs no Brasil no período de 2017 a 2021, pois ao segundo se deve o desenvolvimento do primeiro. PRADO, SEVERO e GUERRERO (2020) destacam o disposto anteriormente na perspectiva do investimento que foi transferido para essas políticas, que financiam tais instituições, resultando no retorno do modelo asilar do tratamento em saúde mental.

A terceira categoria deu conta de um dos principais focos de críticas crescentes a respeito das CTs nos últimos tempos, tais tensionamentos são paralelos ao avanço no número dessas instituições que entram em funcionamento. Segundo o Ministério da Saúde (MS) “estabelecer se uma nova terapia é eficaz e efetiva depende da existência de comprovação adequada conduzida sob determinados padrões metodológicos” (BRASIL, 2008, p. 7). Nesse sentido, tecer análise seguindo esse princípio se mostrou muito profícuo, pois os métodos utilizados nessas instituições não serão classificados como adequados à luz dessa categoria.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 A contrarreforma psiquiátrica: renitências e retrocessos

Em conformidade com os objetivos da presente pesquisa os resultados seguem um referencial de debate direcionado ao desmonte das políticas de saúde mental a partir de uma estratégia política conservadora, que visa o fortalecimento da mercantilização dos serviços em saúde pública. Tal estratégia é descrita por Costa e Faria da seguinte maneira:

A crise social, política e econômica dos últimos anos acompanha a onda das políticas de austeridade e de Estado mínimo de um capitalismo neoliberal, rentista e globalizado e passa a ser gerida, nacionalmente, por grupos políticos afeitos a essa ideologia. No campo da saúde mental, a resposta à crise atual manifesta-se por mudanças no plano político-jurídico com repercussões na forma de desmonte da rede de atenção psicossocial. (COSTA; FARIA, 2021, p. 4491)

Nesse sentido é necessário iniciar pelos documentos selecionados correspondentes ao ano de 2018, precisamente a Resolução 001/2018 do Conselho Nacional de Política Sobre Drogas (CONAD), que no Art. 1 estabelece aprovação das “diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal [...]” (BRASIL, 2018, p. 60). Dentre as premissas desta se delibera a reestruturação da política e coloca em foco avaliação das ações pautadas no conhecimento técnico e científico, dessa forma dando destaque a expansão da rede de cuidados. no entanto dados do Weber (2021) apontam uma “estagnação” dos repasses federais no custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Considerando o ritmo pelo qual o desmonte das políticas em saúde se desenvolveu a partir da mudança de governo, em detrimento do *impeachment* da então presidente Dilma Rousseff, para a inserção das pautas neoliberais o retrocesso já era previsto, no entanto nos atentamos para o aumento considerável dos gastos federais, por meio do Fundo Nacional Antidrogas (FNAD), com Comunidades Terapêuticas, representando um aumento de mais de cinquenta milhões de reais entre os anos de 2017 e 2018 (WEBER, 2021, pág. 68).

A Portaria Nº 3.449, de 25 de outubro de 2018 é um ponto nevrálgico na consolidação das CTs que podemos notar nos últimos anos, se revela uma estratégia resultante dos caminhos abertos pelo retrocesso já em andamento, e para o presente trabalho uma paridade com a Resolução 001/2018 do CONAD. O texto da referida portaria

Institui o Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2018b).

Nesse sentido o processo de substituição dos serviços de cuidado oferecido pela RAPS toma forma de uma maneira mais ostensiva, nos implicando observar atentamente as disparidades existente entre a regulação prevista pela Portaria e a realidade dessas instituições, que conforme o Conectas e a CEBRAP:

Embora venha crescendo em volume e possa ser considerada uma política pública em âmbito federal, estadual e municipal, o tipo de serviço contratado pelo Estado junto às CTs se situa em uma zona de indeterminação, transitando entre setores diferentes dos governos: saúde, assistência social, segurança, entre outros, o que reforça a ambiguidade apontada pela literatura para caracterizar a atuação dessas entidades (CONNECTAS; CEBRAP, 2021, p. 7).

Essas proposições se afirmam quando no mês seguinte à divulgação da supracitada determinação foi publicada a Portaria Nº 3.659, de 14 de novembro de 2018 do MS, que suspendeu o repasse de recursos federais a diversos equipamentos da RAPS incluindo os CAPS e os SRTs. Tal ato foi justificado por falha dos órgãos na manutenção dos registros em sistema conforme as regulamentações estabelecem, o que minimamente podemos considerar uma justificativa interessante dado a indefinição para aplicação de tais critérios às CTs.

Ainda que a vistoria feita pelos órgãos que compuseram a Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas tenha sido realizada anteriormente à publicação da Resolução 001/2018 do CONAD as observações feitas não anulam a relevância de tais apontamentos para as questões levantadas a partir da Portaria Nº 3.659/2018, uma vez que a utilização de recursos públicos no custeio das atividades das CTs data antes mesmo desta. Portanto é imprescindível destacar que a inspeção resultou, dentre outros pontos, na percepção da ausência de registros individuais dos residentes e na fiscalização turva e genérica do financiamento público a estas instituições.

A inspeção notificou que “somente em 15 das 28 CTs inspecionadas se verificou a existência de prontuários médicos, porém, em nenhuma delas observou-se seu preenchimento sistemático. Nas demais CTs, tais registros simplesmente não existem.” (CFP; MNPCT; MPF, 2018, pág. 95). Esse fato novamente reforça a existência de uma série de estratégias que enfraquecem os equipamentos da RAPS e por outro lado dão condições a consolidação da inserção das CTs como alternativas de cuidados advindas da iniciativa privada. Concluindo com o segundo ponto, os órgãos ainda destacam que

Qualquer destinação de recursos públicos precisaria estar acompanhada de fiscalização e monitoramento das práticas desenvolvidas pelos destinatários desses recursos, o que não se identificou nas vistorias feitas por esta Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Por fim, ao se destinar recursos para instituições com perfil de comunidades terapêuticas, deixa-se de fomentar outras iniciativas, mais coerentes com as normas e regras da saúde pública. (CFP, MNPCT e MPF, 2018, p. 150)

Esta análise também introduz os apontamentos a respeito da Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Sancionada pelo Presidente Jair Messias Bolsonaro, que representa atualmente uma figura de grande representatividade para a corrente política conservadora, a referida propõe em seu texto a definição das “condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências” (BRASIL, 2019). No entanto, essa legislação altera diversas regulamentações anteriores e reforça mais uma vez a inserção das CTs na rede de cuidados a partir do Art. 26.

De modo contínuo e complementar a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, que regula a inserção de adolescentes nessas comunidades suscita questionamentos a respeito da efetividade dessas instituições para o êxito na recuperação desse público, considerando a precariedade das fiscalizações, que certamente definiriam as condições específicas para os acolhidos sendo eles menores de idade e com necessidades distintas dos demais acolhidos como o enfraquecimento dos vínculos familiares. Tal proposição corrobora com a colocação de Weber ao considerar o PTS uma maneira de garantir “que o cuidado esteja associado à inserção do sujeito na comunidade, pelo fortalecimento de vínculos familiares e sociais (WEBER, 2021, p. 67).”

O acolhimento de pessoas no cenário pandêmico previsto pela Portaria conjunta nº 4, de 22 de outubro de 2020 (BRASIL, 2020b) reforça mais uma vez o valor substitutivo das CTs ao se destacar como mais um esforço para elevar a participação dessas instituições no cenário do cuidado. Esse fato não se distancia das colocações de ROTELLI, LEONARDIS e MAURI (2001, p. 21), que ao analisar o cenário europeu do movimento de desinstitucionalização estabelece a compreensão do “modelo de auxílio social” como um dos modos pelos quais a mudança epistemológica que rege a RP confronta-se com equivocada ideia de redefinição das práticas antimanicomiais.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 4.1 Comunidades Terapêuticas: Vigilância e Perspectivas

O tratamento asilar ainda deve ser considerado um risco para a RP, considerando que as visões distorcidas crescem exponencialmente à medida que se desenvolve um problema relacionado à saúde mental. O aumento no uso de álcool e outras drogas não revela apenas uma necessidade de intervenção, mas na qualificação destas, sendo realizadas de maneira humanizada e com um pressuposto epistemológico definido que não traga estigmas aos indivíduos.

A colocação anterior está vinculada a movimentação de esferas da organização social e governamental historicamente empenhadas na defesa de valores conservadores ou econômicos, distanciando-se das qualificações científicas que deveriam ser o ponto central em qualquer decisão que envolva a temática. E devemos nos atentar ao fato de que apesar dessa percepção está presente, inclusive nos documentos sob análise no presente trabalho, esbarram-se na divergência científica focada na medicalização ou uso de terapias questionáveis e ainda se distanciam da sua aplicabilidade prática.

Os movimentos de contrarreforma dão eco e supõe a valorização das internações em CTs, baseado nessas definições científicas como uma cortina de fumaça, que vem sendo utilizada para encobrir os interesses obtusos os quais servem a intenções singulares distantes de uma preocupação real com recuperação dos acolhidos, mas são centrados na lucratividade resultante desse processo.

Historicamente a abertura dos serviços públicos ao mercado tem possibilitado que movimentos de privatização como o fortalecimento das CTs ganhem cada vez mais protagonismo na oferta de serviços. Isso por si deve ativar um alerta, porém a sociedade pode agir em vigilância, pois é notório atualmente que até mesmo usuários assíduos dos serviços públicos em saúde não reconhecem a relevância de tais equipamentos e internalizam discursos que defendem uma redistribuição dos serviços para rede privada em detrimento da insuficiência na gestão pública.

Na perspectiva dos riscos, o fenômeno supracitado qualifica a possibilidade de perpetuação na eleição de representantes políticos aliados aos movimentos de contrarreforma. Por meio de acordos e ajustes no âmbito legal esse grupo regula a maior participação do mercado aberto nos serviços públicos, portanto tendo o financiamento público incluído nas suas receitas e como resultado entregam serviços questionáveis nas mais diferentes nuances da

efetividade e da qualidade.

O movimento de vigilância deve ser difundido nas esferas sociais menos participativas nos debates, pois manter tais discussões apenas dentro dos espaços acadêmicos não poderá surtir efeito, considerando que o destino finalístico das propostas científicas deve ser a comunidade, e esse canal de diálogo se manterá aberto e não obstruído pela figura do saber supremo e incompreensível da academia. Uma família em sofrimento por ter um membro em situação de uso prejudicial de crack, por exemplo, experimenta o desamparo e tende a aceitar medidas que já são socialmente difundidas como a única alternativa possível no cuidado do seu ente.

Um segundo ponto de atenção é o fortalecimento do movimento da Reforma Psiquiátrica, que atualmente se enfraquece devido ao desmonte das políticas de assistência à saúde mental. Destaco ainda que a retomada da RP caminha em paralelo com a consolidação e manutenção da RAPS, sendo esta uma peça chave na oferta de cuidados em saúde mental.

Conforme o exposto no presente trabalho a contrarreforma atinge diretamente os órgãos que compõem a RAPS. De maneira sutil ou por meio de estratégias mais diretas como as canetadas do executivo, essa rede vem experimentando o abandono do suporte e financiamento, sendo colocada como coadjuvante nos cuidados em saúde mental no país. No papel principal se situa as iniciativas privadas como as CTs, tomando notoriedade e incentivos, que tem consolidado sua participação no *roll* de estratégias para o acolhimento das demandas. Nos atentemos ainda a uma realidade vivenciada cotidianamente em diversos serviços públicos que inclusive perpassam órgãos externos a saúde.

Nos atentemos ainda ao fato da efetividade dessas instituições ainda permanecer enevoada, considerando os repasses e apoio do Estado para seu funcionamento. A criticidade aqui se baseia na ausência da transparência no que refere a eficácia dos métodos de tratamento utilizados dentro dessas instituições, e para além disso na regulamentação fiscal dos fundos destinados a estas. Tal empreitada necessariamente deve partir das entidades participantes da RAPS e ainda da sociedade civil, pois o funcionamento de instituições baseado apenas em regulamentações feitas sob pressão de ideais hegemônicos e conservadores dificilmente responderão às necessidades da população atendida.

Parte desse processo de regulação se concentra na capacitação das equipes que compõem o quadro das CTs, pois se o cenário apresenta uma precariedade nos parâmetros de financiamento e efetividade as práticas desses profissionais dentro destas instituições também repousam na ausência de fiscalização. Destaco que essas medidas não visam a diminuição da liberdade de atuação, mas focam no reforço do compromisso ético e nas determinações técnicas

pelos quais toda profissão se baseia.

Os cuidados em saúde mental são uma responsabilidade unânime de toda a sociedade e se dispor a atuar ativamente nesse campo pressupõe um compromisso indiscutível com a promoção do bem-estar, se contrapondo veementemente as práticas que vão ao encontro da tortura e da desumanização do sujeito. Portanto, o cenário atual pode ser modificado no sentido do fortalecimento da RP, bem como dos equipamentos públicos de assistência e a continuidade nos debates contra a privatização da saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Laís.; SARAMAGO, Guilherme.; VALENTE, Lucia.; DE SOUSA, Angélica. **Análise documental e sua contribuição no desenvolvimento da pesquisa científica.** Cadernos da Fucamp, v. 20, n. 43, p. 51 – 63, 2021.

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

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. 30 anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B.; FONTE, E. M. M. **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, p. 113- 135, 2010.

AMARANTE, Paulo: **Nova Política Nacional de Saúde Mental é ‘retorno à política de mercantilização da vida’.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=Nova-Politica-Nacional-de-Saude-mental-e-retorno-a-politica-demercantilizacao-da-vida>. Acesso em: 09 nov. 2022.

Arbex, Daniela. **Holocausto Brasileiro** – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.  
BEHRING, E. & BOSCHETTI, I. S. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2007.

Bolonheis-Ramos, R. C. M., & Boarini, M. L. (2015). **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas.** História, Ciências, SaúdeManguinhos, 22(4), 1231-1248. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/3sMBcMnM5JvLMjYJsTd6xTn/?lang=pt>

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Brasileira de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, no 12.** Informativo eletrônico. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 08 nov. 2022.

BRASIL. Resolução Conad Nº 01 de 19 de agosto de 2015. **Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.** Disponível em: [https://www.justica.gov.br/suaprotecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad\\_01\\_2015.pdf](https://www.justica.gov.br/suaprotecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf). Acesso em: 20 out. 2022.

BICAS, Harley. E.A **Ineditismo, originalidade, importância, publicidade, interesse e impacto de artigos científicos.** Editorial. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo, 2008.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Trad.: Mana Thereza Redig deCarvalho Barrocas. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.** DF: CFP, 2018. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/midiateca/nossas-publicacoes/relatorio-da-inspecao-nacional-emcomunidades-terapeuticas-2017>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS E CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** São Paulo, 2022.

COSTA, Pedro H. A.; FARIA, Nicole C.. **“E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada.** In: Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n.4. 2021.

DAMAS, F. B. **Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social.** Rev. Saúde Pública, v.6(1), p. 50-65, 2013. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>> Acesso em 07 jul. 2022.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01.** Brasília: [s.n.], 2021.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa Qualitativa – Tipos Fundamentais.** RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-35, 1995.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica** (1972). 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

PASSOS, R. G.; SOUZA DE FARIAS, J. .; MEYRE DA SILVA GOMES, T.; DE CASTRO LOPES DE ARAUJO, G. **Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro.** Argumentum, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 125–140, 2020. DOI: 10.18315/argumentum.v12i2.29064. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064>. Acesso em: 14 set. 2022.

PRADO, Yuri; SEVERO, Fernanda; GUERRERO, André. **Reforma Psiquiátrica Brasileira**

**e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma.** In: *Saúde Debate*, v.44, n.3. 2020.

ROCHA, T. S. **A Saúde Mental como Campo de Intervenção Profissional dos Assistentes Sociais: Limites desafios e possibilidades.** 2012. 73 f. Dissertação (Monografia em Serviço Social). Universidade Federal Fluminense Rio das Ostras, 2012.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; & MAURI, D. (2001). **Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da europa ocidental e dos "países avançados"**. In F. Nicácio. (Org.). **Desinstitucionalização.** (2 ed.). São Paulo: Hucitec.

SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. **Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas.** Estudos de psicologia v. 22. n 2. Campinas, 2005.

SCHIMITH, P. B., MURTA, G. A. V., & QUEIROZ, S. S. de. (2019). **A incidência do supereu no gozo toxicomaniaco e a contingência no percurso do tratamento.** *Psicologia Revista*, 28(1), 61–77. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p61-77>

VASCONCELOS, E. M. **Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente.** In: ROSA, L. C. do S. et al. (orgs.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 4. Ed. – São Paulo: Cortez. 2010. p. 19-34.