

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

STELA RAIANE SIQUEIRA DOS SANTOS

**Loucura e segregação: tendências contemporâneas da política de saúde mental no
Brasil.**

Mariana

2024

Stela Raiane Siqueira dos Santos

Loucura e segregação: tendências contemporâneas da política de saúde mental no Brasil.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Serviço Social do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sara Martins de Araújo Vilani

Mariana

2024

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

S237I Santos, Stela Raiane Siqueira Dos.
Loucura e segregação [manuscrito]: tendências contemporâneas da política de saúde mental no Brasil. / Stela Raiane Siqueira Dos Santos. - 2024.
50 f.

Orientadora: Profa. Dra. Sara Martins de Araújo.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Capitalismo. 2. Comunidades terapêuticas. 3. Doenças mentais. 4. Hospitais psiquiátricos. 5. Segregação. I. Araújo, Sara Martins de. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 616.89(81)

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter De Sousa - Bibliotecário Coordenador
CBICSA/SISBIN/UFOP-CRB6a1407



FOLHA DE APROVAÇÃO

Stela Raiane Siqueira dos Santos

Loucura e segregação: tendências contemporâneas da política de saúde mental no Brasil.

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 15 de outubro de 2024.

Membros da banca

Doutora Sara Martins de Araújo - Orientador(a) - Universidade Federal de Ouro Preto.
Doutora Cristiane Silva Tomaz - Universidade Federal de Ouro Preto.
Doutor Rodrigo Fernandes Ribeiro Universidade Federal de Ouro Preto.

Professora Doutora Sara Martins de Araújo, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 29/11/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Sara Martins de Araujo, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 03/12/2024, às 13:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0819245** e o código CRC **0A96B88C**.

AGRADECIMENTOS

Não há como iniciar meus agradecimentos a outra pessoa, a não ser à minha mãe, que viu nos estudos a oportunidade para nós. Que sempre deu um jeito para que eu e minhas irmãs tivéssemos a melhor educação possível. Obrigada, mãe, por nos ensinar a dar um jeito e não desistir dos nossos sonhos, mesmo diante do sistema de opressão. Agradeço ao meu pai por todo esforço e dedicação, que garantiu que nunca nos faltasse nada. Nos ensinou a importância de corrermos atrás dos nossos sonhos.

Agradeço às minhas irmãs por estarem sempre ao meu lado, me apoiarem e incentivarem. À Stéfane por me ensinar a estudar e por ser uma inspiração nessa jornada. À Suellen pelo apoio e ajuda em momentos que precisei. Agradeço à minha avó, que sempre me recebeu de volta com todo amor, recheado com um tempero só seu. Essa graduação foi por nós. Agradeço a Deus, que me guiou, protegeu e me deu força. Agradeço à minha casa Relicário, onde, com amizade e cuidado, aprendi tanto com tantas mulheres incríveis em todas as suas gerações. Às minhas amigas Fernanda, Ingrid e Nathalia e ao meu amigo Rogério, que, em momentos difíceis em Mariana, estiveram comigo e me seguraram para continuar. Também aos meus amigos de BH: Joice, Sarah, Marcela, Rafael, Manoela, Isabela e Vitória, que, apesar de toda a distância, nunca me desampararam. Agradeço à Laura pela cumplicidade, amor e afeto.

RESUMO

Essa pesquisa analisa a relação entre o tratamento da loucura e a sociedade capitalista, compreendendo que esse sistema focado na produtividade segrega os que não se adaptam aos seus moldes. O objetivo principal foi analisar as tendências atuais da política de saúde mental, a partir da perspectiva materialista histórica e dialética. Além disso, entender como na contemporaneidade, instituições com caráter manicomial ainda permanecem em funcionamento no Brasil, como as Comunidades Terapêuticas. Dessa forma, pesquisar como essas estão ganhando força no país, apesar dos tratamentos com os internos irem contra as legislações brasileiras e ainda protagonizaram diversas denúncias, devido aos abusos cometidos.

Palavras-chaves: Capitalismo; Comunidades Terapêuticas; Loucura; Modelo manicomial; Segregação.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1. LOUCURA NA SOCIEDADE CAPITALISTA	9
1.1 O tratamento da loucura no Brasil	17
2. TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo principal analisar as tendências atuais da política de saúde mental, a partir da perspectiva materialista histórica e dialética. O estudo foi dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo partimos da relação entre a loucura e a sociedade capitalista, buscando entender como, historicamente, a loucura (ou o louco) se tornou um problema que deve ser segregado do convívio social. O modo de produção capitalista, baseado na exploração do trabalho e na busca pela acumulação de capital, exclui aqueles que não se adequam às suas exigências. Dessa forma, o louco pertencente à classe trabalhadora, que não produz e não se molda às regras impostas, passa a ser visto como um problema para a ordem. Esses sujeitos, por não atenderem às expectativas produtivas e socioculturais, tornam-se uma expressão da “questão social” e são segregados.

A partir do século XVIII, com Philippe Pinel na França, a loucura passou a ser compreendida como alienação de sua própria mente, dando origem à prática do alienismo. Nesse período, o alienista era quem determinava a normalidade ou a anormalidade dos sujeitos, promovendo a criação dos manicômios, onde predominavam a segregação, a institucionalização e o trabalho como formas de controle. Ademais, eram espaços de experimentação científica, onde pessoas em sofrimento psíquico eram submetidas a maus-tratos e abusos em favor da pesquisa, de modo que o alienista tivesse maior entendimento sobre a loucura para assim controlá-la, refletindo a visão patológica e desumanizadora da loucura.

Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo asilar-manicomial começou a ser questionado. Assim, surgiram movimentos contrários a esse modelo em várias partes do mundo, todos responsabilizavam o Estado pelo tratamento e buscavam alternativas antimanicomiais, preservando o cuidado do sujeito. Franco Basaglia foi um dos principais defensores da Reforma Psiquiátrica na Itália e pioneiro na mudança do tratamento da loucura no país, trabalhou para a criação de uma alternativa aos manicômios, os centros de saúde comunitários, onde esses eram reinseridos na sociedade. A Lei 180 referente a Reforma Psiquiátrica, instaurada na Itália em 1978, ficou popularmente conhecida como Lei Basaglia, pela influência do psiquiatra do novo modo de tratar a loucura. Suas ideias influenciaram movimentos em diversas partes do mundo, incluindo o Brasil, onde a Reforma Psiquiátrica buscou desinstitucionalizar os loucos e propor alternativas de tratamento mais humanizadas, com base no cuidado psicossocial e no respeito aos direitos humanos. No entanto, desde a

criação dos primeiros hospícios no Brasil, como o Hospício Pedro II, as práticas psiquiátricas foram marcadas por políticas higienistas e pensamento eugenista, que justificaram a segregação e os maus-tratos às pessoas consideradas inferiores.

A desumanização nos manicômios era evidente, porém nunca foi de interesse do Estado a mudança deste, tendo em vista que essas instituições são instrumentos de segregação e controle social. No livro (2013) e documentário (2016) de Arbex é retratado a realidade de internos do hospital Colônia de Barbacena, em que foi responsável por milhares de mortes, abusos, violações e desumanização dos sujeitos. O hospital ficou aberto por mais de sete décadas no Brasil, sendo fechado apenas em 1980, devido aos movimentos contra o modelo manicomial que emergia no país. Foram anos de luta contra esse modelo e apenas em 2001 houve a promulgação da Lei 10.216, que iniciou a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A partir da Lei baseada na luta antimanicomial, houve a criação de diversos serviços públicos da saúde mental com caráter psicossocial, em que entende o sujeito para além de seu diagnóstico psiquiátrico. Porém, mesmo antes dos serviços alcançarem sua efetividade e integralidade, essa política passou a ser alvo do sucateamento e descaso.

No segundo capítulo, trabalharemos como nos últimos anos, o Brasil tem testemunhado retrocessos significativos nas políticas de saúde mental, impulsionados pela ascensão da nova direita que privilegia o individualismo neoliberal e reprime movimentos sociais. Nesse contexto, em detrimento dos serviços públicos universais de saúde mental, ocorre o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, que promovem o retorno do modelo manicomial privado, caracterizado por práticas punitivistas e segregacionais. Essas políticas influenciadas por interesses econômicos, políticos e ideológicos religiosos têm contribuído para o retrocesso, que desrespeita os princípios da Reforma Psiquiátrica e fere os direitos humanos.

O interesse por este tema surgiu a partir de relatos de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), que compartilharam suas experiências traumáticas em Comunidades Terapêuticas. Esses depoimentos revelaram situações de negligência, trabalho forçado, punições e diversas violações de direitos, pesquisamos como essas instituições, que têm o viés asilar-manicomial, são permitidas no Brasil, apesar da existência da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Partimos do princípio de que os retrocessos nas políticas de saúde mental no Brasil, com o favorecimento das Comunidades Terapêuticas, são motivados por interesses políticos e econômicos que buscam reforçar práticas excludentes e lucrativas, em detrimento de abordagens humanizadas e antimanicomiais, baseadas na Reforma Psiquiátrica. Além disso,

levantamos a hipótese de que a ascensão de uma nova direita conservadora e autoritária tem contribuído para as políticas segregatórias, repressivas e controladoras, baseadas no modelo manicomial. Assim, pesquisamos a historicidade da loucura até o ano de 2022 no governo do presidente Jair Messias Bolsonaro.

1. LOUCURA NA SOCIEDADE CAPITALISTA

O capitalismo impõe uma lógica de segregação para aqueles que não se ajustam às suas exigências de produção e disciplina. O sistema exige que as pessoas se submetam ao trabalho alienado e produzam a mercadoria. A partir disso, a classe trabalhadora precisa vender a sua força de trabalho, moldando-se de acordo com as demandas e ritmo do capital. No entanto, o inverso não ocorre, pois o único interesse do capitalista é a acumulação de mais-valia, “a mais-valia é a lei absoluta do modo de produção capitalista” (MARX, 2011, p. 721).

Maciel (2020) recorrendo ao pensamento do psicanalista e teórico social, Erich Fromm, destaca que o capitalismo tem uma cultura anti-humanista, que se intensifica no início do século XX na sua fase tardia. Esse sistema molda tanto a sociedade, quanto os indivíduos, alienando-os. De acordo com esse pensamento, o capitalismo suscita um caráter social que valoriza a posse de bens e o sucesso financeiro acima das relações humanas, portanto, a alienação é uma experiência psicológica, na qual os indivíduos são levados a se perceberem como mercadorias (FROMM, 1970 apud MACIEL, 2020). A posse é pré-requisito para participação da sociedade, logo, para ter algo no capitalismo é preciso ter dinheiro, mas quando o indivíduo não faz parte da burguesia, ele precisa vender sua força de trabalho, para assim ser e ter mercadoria. Assim, os seres humanos precisam se moldar ao sistema capitalista para pertencerem a ele e quando isso não ocorre, esses são considerados desviantes e são descartados pelo capital, resultando na segregação social.

A loucura foge desse caráter social imposto, uma vez que a sociedade capitalista necessita de força de trabalho que encaixe em seus moldes para gerar mais valor, sendo dóceis e produtivos. Quando o sujeito não se enquadra nesse perfil, ele se torna indesejado pelo capital, um problema social. Segundo Lima (2023), o louco não é produtivo pois não é possível ter mais valor a partir do seu trabalho, e tampouco é dócil, o que permanece no imaginário cultural de que é perigoso. Logo, o louco se torna um sujeito indesejado socialmente.

Entretanto, a loucura já foi tratada e interpretada de maneiras diversas a depender do momento histórico, “do modo de organização social, das relações de produção e da representação social que cada sociedade atribuía” (LIMA, 2023, p. 23). Na Grécia Antiga os loucos eram considerados pessoas com poderes, como manifestação dos deuses, eram ouvidos como um saber importante e necessário, capaz de modificar o destino das pessoas. Na Idade

Média, época marcada pela lepra, peste e ameaças, a loucura era vista socialmente como expressão das forças da natureza, do não humano, havia o misto do terror e atração. Depois foi entendida como possessão por espíritos maus, onde a loucura deveria ser tirada do corpo do indivíduo pela igreja. Até chegar ao aspecto de desrazão e perigo, ganhando um caráter moral, a crença de que com a loucura carregava-se vícios como a preguiça e irresponsabilidade (ALVES *et al.*, 2009). Sendo definido como um problema social, que deveria ser segregado e punido por não se adaptar à norma estabelecida. Assim, inicia-se a intervenção com o objetivo de manter a ordem e o controle sobre os corpos que não se adequavam ou não colaboravam para a produção.

todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, começam a ser encarcerados, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante. Velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e os loucos passam ocupar verdadeiros depósitos humanos (ALVES *et al.*, 2009 p. 86).

No século XVI, com o crescimento da urbanização e a crise do feudalismo ocorreu o êxodo rural, que resultou em uma grande quantidade de pobres nas ruas das grandes cidades europeias. Como definido por Marx (2011), essas pessoas fazem parte do exército industrial de reserva, que é caracterizado pelo grupo de trabalhadores que excede ao necessário para a produção, é o desemprego estrutural essencial no capitalismo. Apesar de ser parte do objetivo do sistema, esses indivíduos, excedentes ou improdutivos, são tratados como um problema a ordem. Diante disso, França, Espanha, Holanda, Alemanha, Suíça e Inglaterra iniciaram a internação dos pobres nos Hospitais Gerais, alguns eram antigos leprosários, que funcionavam como hospitais, asilos e prisões, usados como instrumentos do controle social. Todos os sujeitos indesejados, independente da idade e gênero, foram presos nessas instituições, entre eles pobres, mendigos, órfãos, idosos, presos políticos, inimigos da monarquia e loucos. Os que eram categorizados como aptos ao trabalho, eram obrigados a isso, e os incapazes se tornavam *moradores* da instituição. Além disso, os internos eram obrigados a participar diariamente de atividades religiosas, como missas e orações (TEIXEIRA, 2019).

De acordo com Batista (2014),

a loucura passa a se distinguir das outras categorias. Chega um tempo em que a pobreza não precisa mais ser encarcerada, mas a loucura sim. Até que, em fins do século XVIII e no século XIX, surgem os asilos com valor terapêutico, e a loucura passa a ser definida como 'alienação mental' (p. 394).

Com a consolidação do capitalismo durante a revolução industrial, a visão social sobre a loucura se fincou na patologia, um problema que deveria ser controlado e eliminado da sociedade (LIMA, 2023). De acordo com José Paulo Netto (2001), a “questão social” é intrínseca ao capitalismo e suas manifestações se alteram conforme o sistema capitalista muda de estágio. A loucura passou a ser uma expressão da “questão social” a partir do momento em que não era útil ao capital, então foram criadas formas para controlar esses corpos. O sofrimento psíquico não surgiu com o capitalismo, mas a partir dele o sofrimento agravou-se para os que não conseguiam se adaptar ao modo de produção capitalista.

Temos, pois, a loucura não como um fenômeno em si, muito menos como uma questão individual, privada e (intra)psíquica, por mais que se expresse individual e psicologicamente - e possua uma dimensão orgânica. O que podemos extrair da análise marxiana é a dinâmica do sofrimento, da loucura como expressão da própria estrutura e dinâmica de funcionamento do Modo de Produção Capitalista, ao mesmo tempo que a conforma: a loucura como manifestação ou desdobramento da “questão social”. Em consonância com Löwy (2006, p. 16), o “contexto social que explica o desespero e o suicídio” (COSTA, 2022, p. 16).

De acordo com Marx (2022), o sistema capitalista é contraditório, ao mesmo tempo que há o crescimento da riqueza há também o crescimento do pauperismo. Essa lei também vale para a loucura, uma vez que o “aumento da loucura na Grã-Bretanha acompanhou o aumento das exportações e ultrapassou o aumento da população” (MARX, 2022, s/p). Com a expansão do modo de produção capitalista, há o aumento de casos de loucura e suicídios. O capitalismo impõe regras para a sociedade, aqueles que não se encaixam e não conseguem se adaptar são excluídos. Assim, a doença mental ultrapassa a questão individual, mas carrega reflexos da pressão imposta pelo capitalismo (MARX, 2022).

No século XVIII, após a Revolução Francesa, Philippe Pinel introduziu o conceito de alienismo, o que veio a ser chamado de psiquiatria anos depois. Nesse período, começou-se a entender a loucura a partir de um olhar de um sujeito alienado de sua mente. Essa visão marcou a transição do conceito de loucura para o de alienação. Com isso, foi pensado formas de tratar e reintegrar essas pessoas à sociedade. Desse modo, Pinel propôs a criação de instituições especializadas e exclusivas para os alienados, com o objetivo de protegê-los de si mesmos e proteger a sociedade dos perigos que eles poderiam causar. Defendia a reeducação dos alienados através do controle social e moral (BATISTA, 2014). É importante ressaltar que esse tipo de tratamento ainda está presente no Brasil, dois séculos depois de sua criação, apesar de todos os avanços que a ciência alcançou, uma vez que o Estado privilegia esse tipo de tratamento, iremos apresentar essa realidade neste trabalho.

A partir de Pinel o alienista/psiquiatra é visto como autoridade máxima sobre a loucura, o hospital é lugar de diagnóstico e classificação, o médico então seria aquele que pode dizer a ‘verdade da doença’ e ao mesmo tempo produzi-la para, em seguida, dominá-la. É o alienista quem decide quem é ‘anormal’ ” (BATISTA, 2014, p. 396).

Pinel dá início à transformação do hospital de Bicêtre, em 1793, a elaboração do conceito de alienação possibilita a manutenção do internamento do louco, na medida em que ele já era um dos habitantes do antigo “hospital” que, com a revolução, seria extinto. Isso ocorre na medida em que o internamento deixa de ter uma natureza filantrópica ou jurídico-política, tal qual no período absolutista, e passa a ter o caráter de tratamento. Se a alienação é um distúrbio das paixões, o seu tratamento torna-se a reeducação moral, ou tratamento moral, como prefere Pinel. Somente após um processo pedagógico-disciplinar realizado no interior do hospício, o alienado pode recobrar a razão e, assim, tornar-se sujeito de direito, tornar-se cidadão (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 75).

É nesse momento que os alienados são enxergados como uma questão patológica, não houve um rompimento com o aprisionamento, mas houve uma visão médica sobre a loucura. Philippe Pinel, na França, e Samuel Tuke, na Inglaterra, lideraram reformas para o cuidado dos loucos, para além da prisão nos leprosários. Pinel buscava reeducar os pacientes através do controle social e moral, Tuke adotava uma abordagem humanizada em uma casa de campo. Essas mudanças não significaram um abandono da segregação, mas o que acreditavam ser uma humanização do tratamento. Os asilos tinham valores como religião, família e trabalho, e utilizavam métodos como banhos frios e camisas de força, que eram vistos como formas de punição (BATISTA, 2014). Os asilos serviam para segregar os loucos, e todos os maus-tratos cometidos eram justificados como condicionantes para o possível retorno do sujeito ao convívio com o restante da sociedade. É nesse momento que o asilo para doentes mentais passa do lugar que abriga os loucos para um lugar de *cura* (FIGUEIREDO *et al.* 2014). Além disso, é de interesse do Estado e do alienista o enclausuramento dos alienados para que possam estudar, entender e controlar a loucura.

é o asilo como nova instituição para os loucos, espécie de laboratório privilegiado de experimentação e verdadeira “estufa” de observação do novo objeto de conhecimento (a “alienação mental”), que permite o nascimento e desenvolvimento de uma ciência da loucura, inicialmente chamada de medicina mental e, mais tarde, de clínica psiquiátrica (AMARANTE; TORRE, 2018, p.1092).

De acordo com a visão de Pinel, o tratamento da alienação seria através da reeducação moral, que envolvia a *correção* dos comportamentos e emoções dos pacientes para ajudá-los a recuperar a razão. O processo terapêutico nos hospícios assumia um caráter pedagógico e disciplinar, com o intuito de restaurar a razão do indivíduo e seu retorno à condição de sujeito

de direitos e cidadão. A segregação dessas pessoas da sociedade não era interpretada como violação de direitos, já que acreditavam que ao ser internado o louco estava exercendo o direito do tratamento. Desse modo, a institucionalização da loucura tornava-se regra para o tratamento da alienação (TORRE; AMARANTE, 2001).

Essa forma de tratamento através da institucionalização e segregação é a manifestação do controle que o sistema capitalista precisava ter sobre os loucos, “o Estado burguês criou aparatos institucionais de gestão, exclusão e segregação entre os ‘normais’ e ‘anormais’: os hospícios, manicômios ou como vieram a ser chamados futuramente, hospitais psiquiátricos” (LIMA, 2023, p.27). Essas instituições não foram criadas para acolher e cuidar, mas reprimir aqueles que não se encaixam no padrão social e de trabalho do capital. É possível afirmar que não existe manicômio sem capitalismo e o inverso também é verdadeiro, o capitalismo criou os manicômios e eles, por sua vez, sustentam o capitalismo (LIMA, 2023).

Pinel justificava a institucionalização com base em dois princípios sobre o isolamento. Primeiro, o hospício era visto como lugar de exame a fim de conhecer a alienação, espaço para observação e diagnóstico, onde o isolamento permitiria conhecer os internos. E o segundo argumento, é que o isolamento seria terapêutico, uma vez que afasta os pacientes de influências prejudiciais que poderiam agravar sua condição. Assim, a institucionalização era vista como um instrumento de cura, de conhecimento e proteção social (TORRE; AMARANTE, 2001).

a partir de uma análise microsociológica do Manicômio, revelam parte da dinâmica do Hospital Psiquiátrico, enquanto Instituição Total, onde há toda uma estrutura organizacional, que tem por objetivo o controle, a alienação e separação do indivíduo internado da vida social. Todo este processo de isolamento e controle, nomeado pelo autor de ‘Mortificação do Eu’, promove uma espécie de desaculturação, devido à distância das rotinas e transformações culturais ocorridas no mundo externo, gerando dependência da instituição e medo de reinserir-se no convívio social. A prisão/isolamento, assim como as técnicas de controle, passam do aspecto físico para o simbólico, causando verdadeiras mutilações no ser, algumas delas irreversíveis. É um trabalho que se distancia da reabilitação, provocando sim uma degeneração, através do enfraquecimento da autonomia e da individualidade, coisificando o ser e iniciando o sujeito numa carreira moral estigmatizada (ALVES *et al.*, 2009 p. 89).

Além de segregar os loucos, os manicômios também serviam como laboratórios para os alienistas estudarem a loucura. Ou seja, o manicômio tinha duas funções úteis para a ordem social: segregar os indesejados e utilizá-los como amostras para pesquisas dos alienistas. Em 1801, Pinel lançou o livro *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, ou a Mania*, resultado de seus estudos com os internos dos manicômios. Cujo ele apresenta os sintomas,

características, causas e tratamento da alienação mental, ainda aborda a sua crença de que a medicina deveria cuidar do corpo, enquanto a filosofia se encarregaria da alma. A obra tornou-se a principal referência sobre o alienismo no século XIX (TEIXEIRA, 2019).

Pinel trouxe o diagnóstico implicado na observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações biológicas, mentais e sociais do paciente, que eram realizadas dentro no manicômio – que passou da condição de asilo onde se abriga, para a condição de cura/tratamento. Mas, apesar da rápida repercussão na Europa, a doutrina de Pinel foi logo ofuscada pelo emprego inadequado do tratamento, porém, aumentou-se o interesse pela explicação e tratamento da loucura a partir de modelos organicistas. Com a volta da visão organicista na prática psiquiátrica, o manicômio deixa de ser recurso terapêutico, e volta a ser um instrumento de segregação social (FIGUEIRÊDO *et al.*, 2014, p. 125).

Dessa forma, a visão organicista “implica colocar o doente mental em posição de objeto de investigação, pois se baseia em uma operação intelectual a partir do qual o psíquico é considerado como coisa, é útil para estudos para aprimorar o controle sobre ela” (TSU; TOFOLO, 1990). Essa visão enxerga a doença mental como algo individual, com o objetivo de esgotar o conhecimento sobre a alienação sem levar em conta a subjetividade dos indivíduos e os fatores sociais (TSU; TOFOLO, 1990). Logo, é possível compreender que a institucionalização além de causar o sofrimento pela segregação, causa a coisificação dos sujeitos, tornando-os amostras para estudos.

A partir do discurso manicomial, buscava-se integrar a loucura no campo científico, o que favoreceu a percepção da loucura como uma patologia irreversível e possibilitou seu controle por meio de serviços especializados. Apesar de seu suposto compromisso com princípios humanitários, essa abordagem científica acabou por resultar na exclusão e na tutela social dos pacientes (VECHI, 2004). Essa exclusão se alinhou com a teoria eugenista que à medida que ganhava força, encontrava na segregação uma solução para os problemas associados à loucura.

Desse modo, podemos perceber, a partir do histórico da loucura, as diferentes funções do manicômio. A função mais antiga é a de recolher os loucos, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos (RAMMINGER, 2002). Em seguida, surgiram as instituições hospitalares com objetivo de realizar tratamento médico, porém os funcionários responsáveis não tinham formação médica, muitas vezes eram religiosos. E a partir do século XIX surgiram as instituições que acolhiam apenas doentes mentais, oferecendo tratamento médico especializado e sistemático em instituições chamadas de manicômios. (FIGUEIRÊDO *et al.* 2014, p. 126).

As instituições manicomiais tinham condições precárias e internavam pessoas que não tinham problemas psíquicos diagnosticados, mas eram consideradas indesejadas pela

sociedade ou para alguém que tinha mais poder. Essas condições eram justificadas como parte do tratamento, além da explicação pela teoria eugênica de limpar a sociedade e remover aqueles vistos como indesejáveis. Assim, as instituições manicomiais desempenhavam a função de disciplinar corpos e comportamentos, forçando-os a se encaixar aos padrões de civilidade (FIGUEIRÊDO *et al.*, 2014).

É importante destacar que os manicômios não eram instituições voltadas para o tratamento da loucura, mas locais que agravavam as doenças. Seu objetivo não era proteger os internos e sim a sociedade, funcionando como um depósito dos indesejados pelo sistema. Os manicômios são bem sucedidos para o Estado já que seu objetivo é controlar, reprimir e segregar os improdutivos ao modo de produção capitalista e não cuidar desses. A intenção era que fossem lugares temidos, onde a violência, os maus-tratos e os abusos eram normalizados e justificados como parte do tratamento (COSTA, 2022).

O psiquiatra franco-austriaco Bénédict Morel (1809-1873), em 1857, introduziu o conceito de degeneração, que teve o apoio de muitos médicos da época. Segundo Morel, as doenças mentais possuíam componentes biológicos e genéticos que ao serem transmitidos de geração para outra pioravam, e levaria à degeneração progressiva das árvores genealógicas e da população em geral. Para os defensores dessa teoria, a degeneração era vista não apenas como uma condição individual, mas como uma ameaça à sociedade (SEIXAS, 2009).

Com a mesma premissa surge a teoria eugênica no século XIX, termo criado pelo inglês Francis Galton (1822-1911), um conjunto de ideias preconceituosas que defende o aprimoramento da raça humana através da hereditariedade, essa teoria ganhou força e influenciou práticas psiquiátricas. Segundo essa teoria, as características humanas consideradas superiores deveriam ser preservadas, enquanto as indesejadas deveriam ser erradicadas, com o objetivo de criar uma sociedade pura. Essas ideias foram usadas como justificativa para a enradicação dos negros, deficientes e loucos. A eugenia fundamentou diversas atrocidades, como o escravismo no colonialismo moderno, a dominação imperialista e o nazismo na Alemanha, influenciando a maneira como a sociedade e o Estado lidavam com os indesejados (MACIEL, 1999).

A ideia asilar-manicomial só começou a ser questionada após a Segunda Guerra Mundial. Esse movimento se deu principalmente pelo crescimento econômico de alguns países, reconstrução social, os movimentos sociais e a entrada dos psicofármacos¹ nos meios

¹ São os medicamentos indicados para as doenças mentais, age no sistema nervoso central, agindo em alterações de comportamento, humor e cognição

psiquiátricos (COUTO; ALBERTI, 2008). Houve diversos movimentos nos países para uma mudança na forma como a loucura era tratada. Todos tinham diferenças entre si, mas tinham como base o questionamento do modelo manicomial “respaldado num consenso técnico, político e social, que permitia a elaboração de objetivos alternativos ao hospital psiquiátrico” (COUTO; ALBERTI, 2008, p. 51), a responsabilidade do Estado no tratamento e pela mudança do modelo vigente.

Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia, eram casados e foram importantes figuras na luta pela Reforma Psiquiátrica italiana. Em 1961, Franco assumiu a direção do Hospital Gorizia, onde viu de perto os horrores que aconteciam dentro do hospital psiquiátrico, a violência e dominação sobre os loucos, como “uso de amarras, camisas de força, máscaras, grades (inclusive nas camas), uso indiscriminado dos eletrochoques; os passeios eram somente permitidos no jardim e contidos. O contato com a comunidade externa era nulo” (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012, p. 15). Foi nesse momento que o psiquiatra teve contato direto com o tratamento da loucura.

Trata-se de uma identificação com o problema do submundo, da marginalidade, da miséria que encontra naquele hospital, identificação que estabelece a partir da sua própria condição de objeto da violência, da repressão, de prisioneiro político, quando ainda estudante e partigiano, que o fez permanecer na prisão até o fim da guerra. É em Gorizia que conhece a realidade dos hospitais psiquiátricos e da psiquiatria italiana, realidade que não contaminava os assépticos gabinetes universitários (AMARANTE, 1994, p. 65).

Basaglia acreditava que apenas a psiquiatria não era suficiente para o cuidado da loucura. Para ele, os manicômios geram um sofrimento adicional e além do sofrimento mental, a institucionalização contribui para agravar a situação dos pacientes. O que ele chamou de *duplo da doença*, sendo a ideia de que a condição mental do paciente é agravada pelas condições que vivem nessas instituições, criando um sofrimento que ultrapassa a doença mental (AMITRANO, 2011). Nos manicômios os sujeitos são reduzidos a sua loucura, segregados do restante da sociedade e sua humanidade anulada. Para ele, o manicômio é lugar de desigualdade e opressão. Além de violência, através de “choque elétrico, os métodos de indução ao desmaio, a contenção e outros” (COUTO; ALBERTI, 2008, p.52). Franco Basaglia defendia que a loucura fosse colocada *entre parênteses*, o que não significa a negação do sofrimento, do mal-estar e da dor, mas a recusa em acreditar que apenas a psiquiatria seria suficiente para esgotar o conhecimento sobre a loucura, que era reduzido ao conceito da doença (AMARANTE, 1994).

Basaglia formulou a "negação da psiquiatria" como discurso e prática hegemônicos sobre a loucura. Ele não pretendia acabar com a psiquiatria, mas considerava que apenas a psiquiatria não era capaz de dar conta do fenômeno complexo que é a loucura. O sujeito acometido da loucura, para ele, possui outras necessidades que a prática psiquiátrica não daria conta. Basaglia denunciou também o que seria o "duplo da doença mental", ou seja, tudo o que se sobrepunha à doença propriamente dita, como resultado do processo de institucionalização a que eram submetidos os loucos no hospital, ou manicômios. Basaglia costumava dizer que a primeira coisa que se encontra quando se entra num asilo não é a doença ou a loucura, mas a miséria (AMITRANO, 2011 p.283).

De acordo com Basaglia o problema da loucura não era a doença em si, mas a relação que a psiquiatria e a sociedade estabeleceram com ela, pois ambos tentam se proteger do louco (COUTO; ALBERTI, 2008). Com base na desinstitucionalização, que não é o fechamento dos manicômios, mas a ruptura com o modelo vigente, asilar-manicomial, que não tratava e sim segregava (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012), que Franco Basaglia administra o Hospital de Gorizia e em seguida em Trieste. Assim, o psiquiatra dá “início a um processo de desativação do hospital psiquiátrico e reinserção dos internos na sociedade, criando como proposta alternativa aos manicômios os centros de saúde comunitários” (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012, p. 14).

a estrutura institucional foi tomando outra face: abertura gradual dos pavilhões (alas), que antes eram trancados e vigiados por guardas; o uso do antigo uniforme cinza foi abolido e cada um era livre para usar o que mais lhe agradasse; os pacientes começaram a trabalhar e a realizar diversos passeios; a comunidade foi convidada a conhecer e habitar a ampla área onde o hospital estava instalado. A antiga placa na qual havia a inscrição “Entrada rigorosamente proibida” foi substituída por um cartaz convidando todos à visita (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012, p. 1).

Na Itália em 1978, foi aprovada a Lei 180, também conhecida como Lei Basaglia, que marcou um avanço significativo na Reforma Psiquiátrica no país. Essa lei proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos e determinou que o tratamento de saúde mental fosse realizado em dispositivos territoriais. Além disso, o tratamento deixou de ser obrigatório, permitindo que o sujeito pudesse recusar o tratamento. Um marco histórico em que o tratamento do louco não mais exigia a segregação. A nova abordagem no tratamento da loucura influenciou reformas psiquiátricas em outras partes do mundo, incluindo o Brasil.

1.1 O tratamento da loucura no Brasil

No Brasil, o tratamento da loucura teve grande influência europeia. A partir do século XIX, a loucura ficou “reconhecida como desordem e perturbação da paz social, passando a ser

apropriada pelo discurso religioso” (VECHI, 2004 apud BATISTA, 2014, p. 395). Os loucos foram retirados do convívio social e deixados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas (BATISTA, 2014). Porém, a partir das políticas higienistas de 1830, médicos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro iniciaram debates sobre a necessidade da criação de um lugar específico para os loucos. Apresentaram suas críticas da forma que os loucos eram tratados, o abandono nas ruas, encarceramento junto com criminosos e a insalubridade das celas da Santa Casa, além da violência física. Eles não acreditavam que, nessas condições, seria possível encontrar solução para a loucura. Indicaram a construção de um asilo, onde os loucos seriam tratados de acordo com a moral (MOREIRA, 2021).

Diante disso, juntamente com o então provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira, reivindicaram a criação de uma instituição específica para os loucos, o hospício. Em 1841, durante o governo do imperador D. Pedro II, pelo Decreto nº 82 foi fundado o Hospício Pedro II, que era um anexo da Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, inspirado no modelo elaborado por Pinel. Apesar da presença de médicos, o controle do hospício era influenciado pela religião. (BATISTA, 2014). A partir deste houve a construção de outros seis hospícios espalhados nos principais centros urbanos do país, todos tinham o mesmo modelo de funcionamento, os suspeitos de ter alguma doença mental ficavam no pavilhão de observação, havia um gabinete de eletrochoque e oficinas para aumentar a verba da instituição, através do trabalho dos internos (MOREIRA, 2021).

De acordo com Moreira (2021), houve a criação de outro modelo institucional as colônias, elas eram afastadas dos centros urbanos, localizadas em campos. Desse modo, além do tratamento moral, facilitava o *tratamento* pela laborterapia, que é o trabalho obrigatório não remunerado justificado como forma de tratamento, ao mesmo tempo que mantinham os internos ocupados trazia benefícios para a própria instituição “além do cultivo da terra e criação de animais, costumam ser implantadas oficinas de costura, sapataria, colchoaria, dentre outras” (MOREIRA, 2021).

Na República, em 1890, houve mudanças na legislação de assistência aos alienados, tornou-se obrigatório a comprovação que a pessoa “encaminhada ao hospício realmente apresentava comportamento inadequado – o que, na época, era indicativo de alienação mental” (MOREIRA, 2021). Nesse momento também que a loucura passou a ser vista sob o olhar científico médico-psiquiátrico, levando à implementação de um projeto de medicalização, que reconhecia a loucura como um sofrimento psíquico e resultou na expansão da rede pública e privada de instituição para tratar os loucos. O isolamento era justificado pela necessidade de separar o paciente das influências externas, especialmente da família,

reforçando que a cura seria possível apenas com o isolamento. O trabalho era considerado terapêutico e parte do tratamento era através de trabalhos manuais, que geravam renda aos hospitais ou por meio de trabalho no próprio hospício na jardinagem, refeitórios, enfermarias e como servente de obras (BATISTA, 2014).

O psiquiatra Juliano Moreira, teve grande influência para as mudanças realizadas na legislação aos alienados, ele era eugenista e foi um dos responsáveis em propagar esse pensamento no Brasil. Em 1923, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental que tinha como objetivo inicial “a melhoria na assistência aos doentes mentais, através da modernização do atendimento psiquiátrico” (SEIXAS, 2009, s/p). No entanto, a partir de 1926, seus ideais foram influenciados pela ideologia eugenista, que passou a guiar as práticas da instituição. Com essa justificativa, a psiquiatria adquiriu autoridade para punir e marginalizar aqueles que não se enquadravam nos padrões, sob a alegação de que isso traria melhorias para a sociedade (OLIVEIRA, 2020).

A ideologia eugenista e a consolidação da psiquiatria como autoridade máxima sobre o alienismo, mudou profundamente a percepção da loucura. Antes interpretada “como ‘expressão de sabedoria’, ‘manifestação do sagrado’ e ‘aproximação da verdade’” (LIMA, 2023, pág. 27), a loucura passou a ser considerada cada vez mais perigosa, patologizante e indesejável. Essa abordagem não apenas reforçou o isolamento dos loucos, mas tornou o retorno à sociedade quase impossível.

Foi através da medicina eugenista que o pensamento, do que atualmente é conhecido como racismo científico ganhou espaço. O racismo científico era um estudo que visava o branqueamento da sociedade e o afastamento dos negros do convívio social, com a justificativa que esses apresentavam riscos a sociedade (DAVID; VICENTIN, 2020). Essa ideologia defendia que os negros eram predispostos à loucura, por serem inferiores (MOREIRA, 2021). Desse modo, era normalizado a segregação, maus-tratos e uma vida análoga a escravidão, com a justificativa que os negros apresentavam riscos a evolução humana. A miscigenação, segundo essa visão, era a forma para evoluir a sociedade brasileira, através do embranquecimento e jamais do empobrecimento (DAVID; VICENTIN, 2020).

essas instituições de violência são funcionais para a reprodução das desigualdades e opressões, além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades. A naturalização da violência institucional sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial. O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de apartheid social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o

manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais (PASSOS, 2018, p.13).

Os manicômios eram depósitos dos indesejados, sendo a grande maioria pessoas negras, as fotos do livro *Holocausto Brasileiro*, de Arbex (2013), evidenciam essa realidade. As fotos foram feitas no Hospital Colônia, situado em Barbacena, Minas Gerais, e mostram as condições desumanas em que viviam os internados. O título do livro faz alusão à semelhança entre o Colônia e os campos de concentração nazistas, onde milhares de pessoas foram exterminadas com base no pensamento eugenista. Assim como os nazistas buscavam eliminar aqueles que consideravam inferiores - negros, judeus, deficientes, entre outros - com o objetivo de preservar a raça superior, o Hospital Colônia foi responsável pela morte de mais de 60 mil pessoas (ARBEX, 2013).

O documentário e livro produzidos sobre o Hospital Colônia, expõe a realidade dos manicômios no Brasil. O documentário revela, através de relatos de ex-funcionários, a desumanização vivenciada pelos internos. Os pacientes ficavam em pavilhões que eram divididos por nível de periculosidade. A situação era tão degradante que muitas vezes não eram fornecidas roupas, nem sapatos, eles viviam em condições de extrema falta de higiene, com alimentação precária e as camas eram de palha e feitas pelos próprios internos. A falta de cuidado necessário era evidente (ARBEX; MENDEZ, 2016).

Não era necessário especialização alguma para trabalhar no Colônia. Os relatos indicam o abuso de violência e ameaça, além do uso indiscriminado dos medicamentos, que eram diferenciados apenas pela cor. O eletrochoque, era utilizado como punição quando o paciente não cumpria a ordem imposta. Uma ex-funcionária contou que aplicava eletrochoques, outra contou que não aplicava, mas junto com outras duas pessoas seguravam os pacientes para que o procedimento fosse realizado. O tratamento era tão cruel que os pacientes esperavam a sua vez na mesma sala enquanto outros recebiam o choque. Além dos abusos físicos e psicológicos, a instituição também lucrava com a venda de cadáveres para universidades de medicina e explorava os pacientes através dos trabalhos não remunerados (ARBEX, 2013).

Os diagnósticos dos internos em sua maioria eram psicose, maníaco depressivo, esquizofrenia, epilepsia, alcoolismo, deficientes físicos e cognitivos. O alcoolismo, em particular, era devido a grande influência da Liga Brasileira de Higiene Mental, já que era uma grande pauta desses (MOREIRA, 2021). No entanto, cerca de 70% dos pacientes não apresentavam diagnóstico de doença mental (DAVID; VICENTIN, 2020). O Hospital Colônia

permaneceu aberto por mais de sete décadas, sendo fechado em 1980, devido a movimentação das críticas ao modelo manicomial.

No Brasil, a partir da segunda metade do século XX, começaram a surgir críticas ao modelo tradicional dos manicômios e propunham uma nova abordagem para o tratamento da loucura. Essas críticas foram feitas por profissionais da saúde, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros que deram origem à luta pela Reforma Psiquiátrica no país, que buscava mudar a maneira como a loucura era tratada.

Em 1970, bolsistas e residentes em saúde dos hospitais psiquiátricos do Ministério de Saúde se depararam com o cenário de descaso e violência nas instituições, onde os pacientes estavam em condições precárias e sendo vítimas de violência psiquiátrica juntamente com a negligência do Estado. Esse episódio ficou conhecido como a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS) teve destaque devido a manifestação de entidades importantes como Ordem dos Advogados do Brasil, Associação Brasileira de Imprensa, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, entre outras. Uma carta enviada ao Ministério de Saúde com denúncias e reivindicações resultou na demissão de 260 profissionais. Esse movimento mostra a força que os profissionais estavam tendo para a redemocratização do sistema, resistência e como influenciaram em políticas públicas, principalmente para a Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2018, p. 2068).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica ganhou força no Brasil, a partir da década de 1980, em um contexto de resistência à ditadura militar e de luta pela redemocratização. Esse movimento surgiu a partir da Reforma Sanitária,² que buscava transformar a saúde pública do país através de um sistema que fosse universal, gratuito, igualitário e de qualidade. O movimento da Reforma Psiquiátrica surge reivindicando direitos do trabalhador, dos usuários e da humanização dos hospícios. A partir de visitas de Franco Basaglia no Brasil, com críticas ao modelo manicomial e apresentação de novas experiências do cuidado, a Reforma Psiquiátrica torna-se movimento pela luta antimanicomial. Assim, é abandonado o viés corporativista e os profissionais de saúde incorporam usuários e familiares à luta, por um tratamento humanizado e da desinstitucionalização dos pacientes. A partir da Constituição de 1988, tem-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que mudou a rede de saúde pública do país, que deu base para os avanços pela Reforma Psiquiátrica (MACHADO, 2020).

² “O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população” (FIOCRUZ)

Marcos importantes que fortaleceram o movimento da Reforma Psiquiátrica foram, em 1987 a Conferência Nacional de Saúde Mental I o qual voltou o olhar para a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais indo contra a visão hospitalocêntrica³. No final do mesmo ano ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em que a bandeira de luta foi *por uma sociedade sem manicômios* onde houve um aprofundamento sobre o tratamento antimanicomial (AMARANTE; NUNES, 2018).

A partir dessa perspectiva, tem a defesa pelo cuidado psicossocial como uma abordagem que vai além do tratamento médico do sofrimento mental, considerando também os aspectos sociais que afetam o indivíduo, especialmente por estar em uma sociedade capitalista, na qual sofre com as expressões da “questão social”. A saúde mental não pode ser dissociada da conjuntura em que os indivíduos estão e o sofrimento psíquico não deve ser visto de forma isolada. É essencial ter como parâmetro a historicidade, a “questão social”, enfim, a totalidade social. Portanto,

A doença mental deve ser pensada no campo da saúde coletiva, levando-se em conta os contextos micro e macro social, como a família, o trabalho e seu contexto histórico, tentando produzir uma reinterpretação de elementos culturais. O serviço deve buscar um “cuidado personalizado” a quem atende, através de um “tratamento de intensidade máxima”, funcionando como um núcleo de reflexão dos serviços, de sistematização de informações e experiências, gerando uma tecnologia capaz de ser transmitida aos profissionais de saúde mental, realizando investigações epidemiológicas, clínicas e institucionais na construção desta rede de serviços preferencialmente comunitária (AMARANTE; TORRE, 2001, p.29)

Nesse contexto de transformação do olhar para o cuidado em saúde mental, em meio as lutas e reivindicações pela redemocratização do país em maio de 1987, na cidade de São Paulo, houve a criação do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (Coordenadoria de Saúde Mental, 1987). Esse serviço surgiu para ser um intermédio entre hospital e comunidade, com o intuito de desburocratizar o atendimento, uma alternativa à internação prolongada. Com uma equipe multiprofissional para ampliar o cuidado, indo além da visão exclusivamente médica, mas atingindo outras partes da vida do sujeito. Com o viés docente-assistencial, a fim de capacitar tanto os profissionais quanto os usuários para a vida em sociedade. Através de uma assistência integral, que atende as necessidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo (AMARANTE, 2001).

Em 1989 foi criado o Núcleo de Atenção Psicossocial, vinculado a Secretaria de Higiene e Saúde do município de Santos, que pretende substituir totalmente o modelo

³ É o olhar do tratamento centrado em hospitais e internações.

manicomial, com base no pensamento basagliano pela desconstrução do manicômio e visava a criação de uma nova abordagem da loucura, através do cuidado psicossocial, no âmbito da saúde coletiva. Era centrado na produção de saúde em vez de mera assistência, considerando o contexto social e histórico dos usuários e incentivando a participação da comunidade, realizando visitas domiciliares, visava um projeto terapêutico responsável pelo tratamento à crise com o intuito de não limitar ao atendimento do pronto-socorro mas recorrer a Núcleo de Atenção Psicossocial. Funcionava 24 horas por dia, com foco na ética e transformação cultural da sociedade para evitar a segregação dos sujeitos (AMARANTE, 2001).

De acordo com Amarante (2001), apesar das semelhanças entre os serviços, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tinha o objetivo de ser o intermédio entre o tratamento ambulatorial e a internação psiquiátrica, sendo um serviço de transição, não rompendo com a lógica manicomial. Já o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) surge como uma proposta antimanicomial, em que rompia totalmente com o tratamento com base na segregação. Ambos os equipamentos foram importantes pela luta antimanicomial, oferecendo possibilidades fora dos asilos psiquiátricos e base para os avanços pela Reforma Psiquiátrica, com serviços voltados para o sujeito enquanto indivíduo e não com o olhar patológico sobre a loucura, através da saúde coletiva, segundo Amarante (2001).

É importante ressaltar que não basta uma mudança ou aprimoramento das estruturas segregatórias tradicionais dos hospitais psiquiátricos, mas de criar novos dispositivos e tecnologias para o tratamento, o que demanda uma reestruturação das bases da clínica psiquiátrica (CARDOSO et al., 2014).

Na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em 1990 em Caracas, Venezuela, profissionais da área da saúde mental e autoridades dos países discutiram a necessidade de mudanças no tratamento da saúde mental na América Latina. Nesse evento foi assinada a Declaração de Caracas, grande marco para a Reforma Psiquiátrica, pois estabeleceu princípios fundamentais para a Reforma Psiquiátrica na América Latina. Entre eles, o respeito à dignidade e ao direitos humanos e civis das pessoas com transtornos mentais, a valorização da Atenção Primária à Saúde como espaço central para garantir a atenção integral em saúde mental, a revisão do papel dos hospitais psiquiátricos em valorização de serviços nas comunidades e o atendimento que incentive a autonomia e a permanência do sujeito em seu território. Com isso é marcado o fim do modelo sanitaria e o início da trajetória de desinstitucionalização, pensando nos loucos como sujeitos de direitos (CARDOSO *et al.*, 2014)

Com o avanço das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, em 1989, o deputado federal Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, apresentou a proposta da Lei nº 3.657, que visava regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção gradual dos manicômios, sendo substituídos por serviços territoriais. No entanto, a proposta não foi aprovada (PASSOS, 2018). Após 12 anos e sofrer 11 emendas, a Lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, foi aprovada em 2001. Essa versão final foi considerada mais amena “do ponto de vista político e econômico - foi proposto pelo Senador Sebastião Rocha” (TOMAZ, 2018, p.37). A lei não extinguiu o modelo segregatório, mas estabeleceu que os hospitais psiquiátricos fossem a última opção no tratamento. A lei enfrentou críticas, principalmente de proprietários de hospitais e clínicas privadas que recebiam recursos do governo. Em 1985, cerca de 80% dos leitos psiquiátricos eram contratados da rede privada, enquanto apenas 20% pertenciam ao setor público (MESQUITA *et. al.*, 2010), o que explica as críticas e demora na aprovação da lei, que visava o fim do modelo manicomial.

Segundo Amarante (2001), a Reforma Psiquiátrica não se limita à humanização do tratamento mantendo o asilamento, mas rompe com esse modelo, é um processo complexo e contínuo, envolvendo transformações sociais, teóricas, políticas e culturais no tratamento da loucura. A desinstitucionalização, aspecto central na Reforma, vai além do fechamento dos manicômios, mas para a criação de novas formas de tratamento, de relações sociais, em que o louco é protagonista do seu cuidado e não objeto do saber médico. Esse processo visa integrar o sujeito à sua vida concreta e social, reconhecendo-o como sujeito de direito (AMARANTE, 2001).

A partir da Lei 10.216/2001, houve a criação de programas e políticas para o cuidado dos sujeitos em seu território, não sendo mais necessário a retirada do meio social para o início do tratamento e assim gradativamente ter o esvaziamento dos hospitais psiquiátricos. Além disso, tendo uma equipe multidisciplinar e não apenas médica, para que assim ocorra o cuidado a partir do modo psicossocial, fugindo da moralização e medicalização.

Em 2002 com base na Lei 10.216/2001 foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede tem um conjunto de dispositivos para oferecer o atendimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo aqueles causados pelo uso de álcool e outras drogas, e visa garantir que o cuidado seja adequado para diferentes níveis de complexidade. A rede é um importante passo para a desinstitucionalização e desospitalização dos loucos, onde o tratamento do sujeito não se

limita nos hospitais psiquiátricos, mas dentro dos territórios . A partir da lei, os serviços que fazem parte da Rede e são responsáveis pelo tratamento do sujeito são:

Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

O Centro de Referência Psicossocial (CAPS) que surge a partir da Reforma Psiquiátrica é diferente do primeiro, anterior a Reforma que tinha a função de ser um intermédio entre a assistência e o hospital psiquiátrico. Nesse momento ele é destinado ao acompanhamento e tratamento dos sujeitos que sofrem com transtornos mentais, sendo realizado dentro do território e trabalhando com a autonomia dos sujeitos. É composta por uma equipe multidisciplinar, que conta com médicos psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiro. Com o passar dos anos os Centro de Referência Psicossocial foram evoluindo, e atualmente trabalham com necessidades específicas no cuidado da saúde mental em cada equipamento, a depender do tamanho populacional da cidade, o Centro de Referência Psicossocial I e II atende pessoas que possuem um intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, eles se diferem pela quantidade de habitantes que há na cidade. O Centro de Referência Psicossocial I atende crianças e adolescentes, e o Centro de Referência Psicossocial Álcool e Drogas atende sujeitos que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas (BRASIL).

Em 2003, foi instituído o Programa de Volta Para Casa (PVC), pela Lei 10.708, que assegura o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais que possuem um histórico de internação de, no mínimo, dois anos em hospitais psiquiátricos ou de custódia (BRASIL). Esse benefício surgiu para auxiliar na reinserção social a pessoas que sofreram com a institucionalização.

Foi a partir da Lei 10.216, que o tratamento da saúde mental se ampliou para o interior do país, não se limitando apenas aos centros urbanos. Porém, a resistência pela luta antimanicomial e pela valorização do Sistema Único de Saúde (SUS) não se encerrou com a promulgação da Lei, nem com a criação de equipamentos para um tratamento humanizado. Antes mesmo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) alcançar a todos e se tornar eficaz nos territórios ela já sofre com a desvalorização e o desmonte do cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde.

Com o decorrer dos progressos da Reforma Psiquiátrica, se inicia o desmonte para o enfraquecimento dos serviços antimanicomias no país. O caráter segregador volta à cena, as contrarreformas são aprovadas e com isso é concretizado os retrocessos das leis e conquistas. Até 2015, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, tinha autoridades vinculadas com o projeto da Reforma Psiquiátrica. Porém, antes do golpe que destituiu a presidenta Dilma Rousseff, houve a mudança do Ministro da Saúde e Coordenação de Saúde Mental, então após 23 anos com a cadeira sendo assumida por pessoas a favor da Reforma Psiquiátrica, o Ministério é assumido por pessoas a favor da manicomização. É nesse momento que a saúde mental sofre com retrocessos e desmonte (PASSOS, 2018).

Nesse primeiro momento assume Valencius Wurch, ex-diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, que permaneceu durante 6 meses no cargo. Sua exoneração se deu após a saída do Ministro da Saúde Marcelo Castro, que foi quem indicou e sustentou o nome de Valencius no cargo. Posteriormente, quem assume o lugar é o psiquiatra Quirino Cordeiro, nome indicado pelas forças conservadoras da psiquiatria tradicional. É nessa gestão que se iniciam os retrocessos e os ataques diretos à política de saúde mental (PASSOS, 2018, p. 18).

Em 2015, o Ministério da Saúde não publicou informações sobre investimentos e gastos do Ministério da Saúde, o que dificultou o acompanhamento dos avanços e retrocessos destinados a essa área, essa medida vai contra à lei de transparência da informação (CAMPOS, 2019). O processo de desvalorização e o sucateamento dos serviços públicos de saúde mental faz parte de uma estratégia de enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que afeta diretamente a qualidade do atendimento oferecido à população. A falta de recursos, precarização das condições de trabalho e desmonte gradual dos equipamentos refletem na prática cotidiana dos profissionais.

Em 2017, foi emitida a portaria nº 3.588/2017, criando novas unidades ambulatoriais e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV (CAPS AD IV) para casos graves de uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como foco as cenas de uso dos territórios. Foi criada uma equipe técnica para o Serviço Hospitalar de Referência para transtornos mentais e uso de substâncias. Em 2018, o Ministério da Saúde aumentou em 60% o valor das diárias dos leitos psiquiátricos, indo contra a Reforma Psiquiátrica (PASSOS, 2018).

Todos esses retrocessos não podem ser problematizados de forma isolada, pois eles vão atingir diretamente a população que é atendida pelos serviços substitutivos e, que também sofre com ações truculentas e de violação. O avanço das forças conservadoras atualiza práticas manicomiais e recriam sob novas facetas estratégias de violação de direitos, conforme o exemplo das comunidades terapêuticas (PEREIRA; PASSOS, 2017). Nesse sentido, é a população negra e pobre que sofrerá com o retorno do modelo manicomial, já que são a maioria da população brasileira (PASSOS, 2018).

Com o estudo realizado por Tomaz (2018) é possível perceber a realidade que a Saúde Mental vem sofrendo atualmente. Ao analisar nove serviços de saúde mental sendo CAPS III e CERSAMs de cinco cidades e onze assistentes sociais entrevistados, esses centros não têm recursos suficientes para oferecer um serviço de qualidade. Um dos problemas apontados é a ausência de uma rotina de visitas domiciliares, devido a falta de transporte adequado. Na maioria dos casos, o único veículo disponível é utilizado para transportar os usuários ao CAPS para a Permanência-Dia (PD) — período em que os pacientes permanecem no serviço como parte do seu processo terapêutico, participam de oficinas, rodas de conversa e consultas — e para levá-los de volta para seus bairros. Como resultado, os técnicos de referência⁴ precisam planejar as visitas domiciliares de acordo com a disponibilidade do veículo, o que faz com que essas visitas ocorram de forma esporádica e geralmente apenas em casos mais graves. Além disso, muitos desses serviços não realizam buscas ativas dos pacientes, o que prejudica ainda mais a efetividade do serviço. Também foram identificadas carências de recursos materiais para a realização de oficinas e a falta de suprimentos para as refeições, além de atrasos no pagamento dos funcionários terceirizados e cortes no quadro de pessoal.

A autora ainda relata a precariedade dos espaços dos serviços, como o de atendimento que muitos não são adequados ou preservados. Além disso, a falta de recursos humanos sobrecarrega os profissionais, enquanto a escassez de financiamento público direcionado aos serviços acentua ainda mais as dificuldades enfrentadas pela equipe. A precariedade material obriga a equipe a “contar com a solidariedade entre os técnicos, bem como dos familiares dos usuários para solucionar problemas na estrutura física dos serviços” (TOMAZ, 2018, p. 70-71). Um exemplo disso é a necessidade dos próprios profissionais utilizarem seus recursos pessoais para garantir a realização de certos serviços, como o uso de veículos particulares para as visitas domiciliares. Além disso, a equipe recorre a estratégias como arrecadação de fundos por meio de oficinas e rifas para realizar passeios e viagens com os usuários (TOMAZ, 2018).

Segundo os relatos, além dessa insuficiência de recursos, o investimento nos CAPS III/CERSAMs varia de acordo com a orientação político-ideológica das gestões municipais. Se estas estiverem afinadas ou não com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, haverá um maior ou menor investimento em determinadas ações.

Consideramos que esta insuficiência de recursos humanos e materiais, relatada pelos Assistentes Sociais é reflexo das políticas de ajuste fiscal adotadas pelos governos brasileiros desde a década de 1990. Conforme sabemos [...] essas políticas têm

⁴ Profissionais da equipe multidisciplinar, composto por assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e psicólogo, todos possuem a mesma função na equipe.

impactos diretos no financiamento das políticas de Seguridade Social ⁵ e vêm sucateando os serviços prestados pelas políticas sociais, como os serviços de saúde mental. (TOMAZ, 2018, p. 77).

A pesquisa de Tomaz (2018) revela a realidade dos serviços de saúde mental no Brasil, destacando o sucateamento e o desmonte gradual do serviço, que são os reflexos das políticas, contrarreformas e do avanço do neoliberalismo no país. Esse processo não é acidental, mas uma estratégia que reforça a narrativa de incapacidade do Estado em fornecer serviços de qualidade, para assim favorecer a privatização e o incentivo ao retorno da segregação dos indesejados. A falta de investimento não é apenas uma consequência, mas uma ação intencional a fim de privatizar o tratamento em saúde mental e retomar o modelo asilar-manicomial, visando o lucro e a segregação.

⁵ A Seguridade Social compreende um conjunto de políticas públicas destinadas a garantir proteção social a toda a população. Assegura direitos básicos como saúde, assistência social e previdência social, tendo por princípios a dignidade humana, a solidariedade e a justiça social.

2. TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE.

Na sociedade brasileira contemporânea há o crescimento da nova direita, sendo “uma linha política e ideológica em que se unem as vertentes do neoliberalismo com o neoconservadorismo” (FARIAS, 2019, p. 53). Nesse contexto o individualismo é valorizado, os movimentos sociais e a pobreza são reprimidos e a desigualdade normalizada. Além disso, há o incentivo da violência, pena de morte, armamento, preconceito e oposição aos direitos humanos (BARROCO, 2011). Consequentemente, as contrarreformas têm sido aprovadas e ganhado força e apoio no país, resultando em retrocessos nas políticas públicas. Inclusive atingiu a área da saúde mental, ao aprovar leis e projetos que vão contra o modelo antimanicomial. Nesse viés, utilizam a religião como base, tratam a saúde pública como se fosse questão divina a ser solucionada através de milagre, quando a verdadeira intenção é beneficiar financeiramente grupos específicos.

Os movimentos de retrocessos nas políticas públicas são estratégicos, sorrateiros em sua maioria e carregados de moralização. Aos poucos alteram políticas, serviços e modo de tratamento com um único objetivo, privilegiar a classe dominante e assim manter a ordem do capital. O avanço do neoconservadorismo trouxe diversos retrocessos às políticas públicas brasileiras, impactando a área de saúde mental. Um exemplo disso foi a inserção das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), medida que vai contra os princípios da Reforma Psiquiátrica, que buscava superar o modelo manicomial.

Em 2006 foi criada a Lei 11.343/2006, que “Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas” (BRASIL, 2006). Somente em 2003 o cuidado de pessoas que fazem o uso abusivo de drogas se tornou responsabilidade da Coordenação de Saúde Mental, deixando de ser uma responsabilidade apenas do Ministério da Justiça, mas também uma questão de saúde pública. Assim foi instituída a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde no Brasil e a partir da Lei de Drogas de 2006, houve o foco em ações para a prevenção do uso de drogas e a redução de danos (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

A redução de danos é o método utilizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) como parte do tratamento de pessoas que possuem dependência de

substâncias psicoativas, uma vez que a abstinência não é o cenário real para o tratamento desses sujeitos. São diversos os efeitos colaterais que a abstinência pode causar, como “tremores generalizados, sudorese, dor de cabeça, vômitos, alucinações e desorientação, no tempo e no espaço, que podem evoluir para quadros mais graves, chegando ao chamado ‘Delirium Tremens’, que é um estado de confusão mental que piora ao entardecer” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SP, 2011). Sendo assim, é utópico que a pessoa que faz uso exacerbado de substâncias psicoativas cesse seu uso para iniciar o tratamento.

A Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde passou a ser alvo de críticas, especialmente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que intensificou sua oposição após a publicação das *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*, em 2006. As principais críticas foram: sobre o significado da Lei nº 10.216, a suposta ideologia do movimento, a subordinação dos médicos à equipe multiprofissional e a Promotoria Pública, a exclusão do médico das equipes e a centralidade do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dessa forma, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) lidera o grupo de médicos que se opõe ao modelo da Reforma Psiquiátrica. Outro grupo que ganha espaço pela oposição são as Comunidades Terapêuticas, motivadas por interesses religiosos e do orçamento público. Elas são representadas pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), que desde 1990, buscam influenciar a criação de políticas públicas e verbas para seus interesses (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Embora o consumo abusivo de álcool no Brasil seja significativamente maior do que o de outras drogas, em 2010 o discurso da *epidemia do crack* ganhou destaque na mídia e na campanha eleitoral, além do apoio de conservadores. Isso resultou na implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, por meio do programa *Crack: É Possível Vencer*. A partir desse momento, as Comunidades Terapêuticas ganharam forças nas políticas públicas (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Em 2011, as Comunidades Terapêuticas foram integradas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo classificadas como um serviço substitutivo (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Diferente dos outros serviços disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), essas instituições não são serviços de saúde, uma vez que não atendem aos requisitos para tal, não necessitam da presença de profissionais de saúde em seu processo terapêutico e tem como base o modelo manicomial e religioso (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Durante a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, houve um aumento especialmente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do tipo I e II, fundamentais como substitutivos do modelo manicomial. No entanto, não houve o mesmo incentivo de expansão dos equipamentos de suporte à crise que possuem atendimento 24 horas por dia, como o Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) e as enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, prejudicando a capacidade de atendimento integral. Essa falha foi criticada por conservadores questionando a eficácia da Reforma Psiquiátrica e a capacidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (PASSOS et al., 2021).

No governo Temer, em 2017, a Portaria 3.588 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi aprovada, retornando o cuidado da loucura a partir de um modelo manicomial. Esse retrocesso ocorreu devido ao aumento do investimento na manicomização e hospitalização, através da ampliação da capacidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o aumento dos valores pagos para internação e o financiamento público para as Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2023).

ART. 1034. O repasse do incentivo financeiro de custeio instituído no art 1033 fica condicionado a:

I - habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Gerais), e;

II - taxa de ocupação mínima de 80% (BRASIL, 2023)

De acordo com Guimarães e Rosa (2019), com o aumento do financiamento para as Comunidades Terapêuticas, o número de vagas passou de 4.000 usuários para 20.000. Enquanto isso, os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sofreram desinvestimento a fim de beneficiar o setor privado que frequentemente viola os direitos humanos e possui um tratamento manicomial. A diferença de gastos públicos com usuários de um serviço para outro é alarmante, uma vez que o investimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não recebeu aumento desde 2011. O usuário/mês do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II (CAPS AD II), em que não há limite de atendimento, custa em média R\$ 43,00, enquanto na Comunidade Terapêutica o valor por usuário é de R\$ 1.100,00 para um público máximo de 50 pessoas (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

As Comunidades Terapêuticas são instituições voltadas ao atendimento de pessoas com sofrimentos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência. Seu principal instrumento terapêutico é a convivência entre pares, estabelecido pela Resolução da Diretoria Colegiada Anvisa nº 29/2011 (ANVISA, 2020) e

seu tratamento é voltado para a abstinência, sendo essa a exigência para o acesso ao cuidado. Geralmente possui infraestrutura precária e estão localizadas em áreas afastadas dos centros urbanos, as internações podem durar de 6 a 12 meses e essas instituições funcionam com poucos ou nenhum profissional de saúde. O tratamento é baseado na religião, na laborterapia e nos doze passos⁶ (ARAGÃO; ROSA, 2019).

As mudanças no financiamento do tratamento da saúde mental representam um grande retrocesso, resgatando práticas desumanas e segregadoras que estávamos avançando para sua superação. O aumento do investimento em instituições de caráter manicomial demonstra o interesse do Estado em como deve ser o tratamento dos loucos pobres e dos dependentes de substâncias psicoativas. Pautada em uma lógica de segregação e punição, destinada para aqueles que não se encaixam no modo de produção capitalista e da normalidade social.

Em 2018, houve mudanças na política de drogas, a partir da Resolução 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que passou a priorizar a abstinência como estratégia do tratamento, ao invés da redução de danos. Isso reflete o objetivo que o governo tinha com o tratamento, deixando de priorizar o cuidado na diminuição de riscos sociais e de saúde, focando na proibição e no aumento das internações, principalmente em Comunidades Terapêuticas (PASSOS *et al.*, 2021).

O Governo Federal destinou 87 milhões de reais às Comunidades Terapêuticas, em 2018. Desses, R\$37 milhões vieram do Ministério da Justiça, R\$40 milhões do Ministério da Saúde e R\$10 milhões do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Nesse ano, cada Comunidade Terapêutica recebia por mês R\$1.172,88 por paciente (BRASIL, 2018).

De acordo com Guimarães e Rosa (2019), em agosto do mesmo ano, houve reajuste nos valores destinados às diárias em internação em hospitais psiquiátricos do Sistema Único de Saúde (SUS). Em contrapartida, em novembro, o governo suspendeu um repasse de R\$1.077.141,12 destinados aos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e de Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais. A restrição ocorreu por suposta falta de registros nos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi dado um prazo de seis meses para a regularização, com a ameaça de suspensão da autorização de operação do serviço. Oito dias depois, foi publicada uma portaria que listou estados e municípios que receberam para a implantação da RAPS e não usaram de acordo com as normas.

⁶ Principal estratégia de grupos como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, e tem base religiosa, acreditando que apenas Deus é capaz de promover o tratamento, por meio do milagre divino.

Para finalizar o ano, gestores de CT's [Comunidades Terapêuticas] são convidados para reunião com a equipe de transição do novo governo de Bolsonaro, visando a fortalecer PNAD [Política Nacional sobre Drogas] e as ações em parceria com as Comunidades Terapêuticas, além da pesquisa, prevenção e reinserção social (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 128).

Com o Decreto 9.674, de 2 de janeiro de 2019, foi criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas composta por três departamentos: “de Articulação e Projetos Estratégicos; de Planejamento e Avaliação; e de Prevenção, Cuidados e Reinserção Social onde estão vinculadas às Comunidades Terapêuticas” (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p.129). No dia 25 de janeiro, o coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), Quirino Cordeiro Júnior, foi chamado a comandar a nova pasta no Ministério da Cidadania, assim se tem a separação entre a Política de Saúde Mental e a Política Sobre Álcool e Outras Drogas (GUIMARÃES; ROSA, 2019). A partir disso, a política tem uma abordagem mais punitivista e controladora, tendo práticas como a divulgação de conhecimento sobre crimes relacionados às drogas e no combate ao tráfico (BRASIL, 2019). Assim, ela prioriza medidas de segurança e repressão em detrimento de estratégias de cuidado e tratamento.

Em fevereiro de 2019, foi lançada a Nota Técnica MS 11/2019 para esclarecer as mudanças implementadas, o que foi nomeado como *Nova Política de Saúde Mental*⁷. Tendo em vista que entre 2016 e 2019 “foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais” (CRUZ *et al.*, 2020, p. 2). As alterações na Política de Saúde Mental reforçam a internação psiquiátrica e separa a Política sobre Álcool e Outras Drogas, direcionando para a Política Nacional Sobre Drogas (Pnad). Além disso, houve o aumento no financiamento para as Comunidades Terapêuticas (CRUZ *et al.*, 2020) e a retomada do uso da eletroconvulsoterapia, prática historicamente associada às violências cometidas nos manicômios (FARIAS, 2019). O documento também destaca a *nova* visão do Ministério da Saúde sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), não sendo mais considerados substitutos a outros serviços, ademais o Ministério se posiciona contra o fechamento dos leitos psiquiátricos (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

o retrocesso da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, o reordenamento da atenção das pessoas que necessitam de assistência em saúde mental, com supressão do controle/participação social. Dentre as barbáries, podemos citar: a internação, inclusive de crianças e adolescentes, em hospitais psiquiátricos considerados espaços

⁷ Os documentos oficiais nomeiam as mudanças feitas na política de saúde mental como uma inovação, porém reintroduz o caráter manicomial, resgatando um modelo antigo e ultrapassado. A nomenclatura do novo serve para mascarar práticas antiquadas e cerceadas de preconceito, que foram combatidas durante todo o processo da Reforma Psiquiátrica.

privilegiados de cuidados, contrapondo-se com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além do redirecionamento do financiamento público; a legitimação das comunidades terapêuticas como local estratégico no “tratamento” de pessoas em consumo de SPA, desqualificando as estratégias de redução de danos; a previsão de financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia que passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde. Vale destacar que fica nítido nesta Nota Técnica o lugar privilegiado da Psiquiatria, em detrimento dos outros campos do conhecimento, da clínica ampliada e do trabalho em equipe (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p.130).

A *Nova* Política de Saúde Mental incentiva internações psiquiátricas e desvincula a política de Saúde Mental da política voltada para usuários de álcool e outras drogas, direcionando-os para Comunidades Terapêuticas. Essas instituições, que frequentemente são expostas por abusos, falta de cuidado e violação dos direitos humanos continuam abertas e sendo financiadas. Tais implementações na política de saúde mental marcada por estigmas, preconceito, segregação e violência ignoram os avanços que o país conquistou na luta pela Reforma Psiquiátrica.

Os retrocessos na Política de Saúde Mental no Brasil podem ser atribuídos ao avanço da extrema direita, que usa como justificativa as lacunas deixadas pela Reforma Psiquiátrica para a retomada do modelo manicomial. Embora tenham fechado mais de 60 mil leitos psiquiátricos, “não houve uma abertura efetiva de um campo substitutivo com outras possibilidades de cuidado, dado a insuficiência de recursos e investimentos que poderiam ampliar os serviços de atenção psicossocial” (SILVA; SILVA, 2020, p. 111). Com essa ausência do Estado, a rede privada aproveitou para o retorno da manicomização sendo financiado pelo setor público, mas com o mínimo de regulação possível (SILVA; SILVA, 2020).

Entre 2017 e 2020, o governo federal investiu R\$300 milhões para a manutenção das Comunidades Terapêuticas e o valor total repassado por governos e prefeituras chegou a R\$560 milhões (CONNECTAS, CEBRAP, 2021). Apesar do incentivo público, essas instituições funcionam sem o devido controle, o que resulta em diversas violações de direitos.

A tendência mais provável é que o investimento continue crescendo, especialmente por parte do governo federal, que faz do repasse às CTs [Comunidades Terapêuticas] o eixo principal de sua política de cuidado a quem faz uso problemático de drogas. Além disso, com a sanção da Lei Complementar 187/2021, as CTs [Comunidades Terapêuticas] passaram a ter o direito de buscar imunidade tributária e, assim, receber financiamento público indireto. (CONNECTAS, CEBRAP, 2021, p. 7).

O Conselho Federal de Psicologia e o Ministério Público Federal em 2018, realizaram uma pesquisa com 28 Comunidades Terapêuticas e elaboraram o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Segundo essa pesquisa, em todas as instituições visitadas foram identificadas pelo menos uma violação dos direitos humanos, entre elas estão: agressões físicas e morais, utilização de contenção química a força, cárcere privado, preconceito à orientação sexual, intolerância religiosa, imposição do credo religioso, negligência de cuidados com a saúde, condições indignas de alimentação, habitação e saneamento básico (CFP, 2018).

A Lei 10.216/2001 prevê que o atendimento das pessoas com transtorno mental, inclusive os decorrentes de álcool e outras drogas, seja de forma livre, deve priorizar a inserção social e familiar. Entretanto, de acordo com a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia e o Ministério Público Federal, a maioria das Comunidades Terapêuticas pesquisadas, restringem a liberdade e o convívio social dos internos. Tal modelo prevê o isolamento arbitrário a lei, a sua instalação conta com grades, muros e em alguns até vigilantes, impedindo a livre saída, retém documentos e pertences, como cartões bancários e de benefícios previdenciários. Além do controle de ligações e correspondências, ferindo a Constituição Federal de proteção de intimidade e sigilo da vida privada. Há relatos de que as conversas telefônicas não eram privadas, e quando tentavam comunicar com os familiares o desejo de sair, os responsáveis pela instituição convenciam os familiares do contrário (CFP, 2018).

Outra violação encontrada foi sobre as internações, em que a Lei da Reforma Psiquiátrica estabelece três categorias: “involuntárias (sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro e realizada por um médico), compulsórias (determinadas pela Justiça) e voluntárias (com o consentimento do usuário)” (CFP, 2018, p.13). Tanto a involuntária, quanto a compulsória necessitam de laudos médicos, contudo, de acordo com as inspeções, muitas Comunidades Terapêuticas não cumprem esses requisitos, com a internação ocorrendo sem a documentação e consentimento do usuário. Ainda foi identificado que a privação de liberdade ocorre até mesmo em casos de internação voluntária, tendo em vista a facilidade que essas instituições têm em receber os pacientes, como transporte e opções de pagamento. Porém, quando é apresentada a vontade do sujeito em sair da instituição, são impostas diversas barreiras, o que se enquadra em privação de liberdade, conforme assegura o art. 7º da Lei 10.216/2001 (CFP, 2018).

Foram identificadas práticas de castigo e punição em 16 Comunidades Terapêuticas inspecionadas, como obrigatoriedade de realizar tarefas repetitivas, aumento da laborterapia e a privação de refeições (CFP, 2018).

incremento do trabalho ou de realização de tarefas extras e aviltantes. No primeiro caso, se trata de aumento de tarefas cotidianas ou ligadas à manutenção do espaço físico; no segundo, da obrigação do cumprimento de tarefas repetitivas, em especial a prática de cópia de trechos bíblicos. Na comunidade terapêutica Fazenda Vitória, em Lagoa Santa (MG), por exemplo, internas relataram que entre as sanções recebidas em casos de “mau comportamento” estava a de copiar, por inúmeras vezes, do Salmo 119 da Bíblia. Nessa unidade, a lavagem de pratos e panelas durante uma semana também foi anunciada como uma das modalidades de punição (CPF, 2018, p.14).

Houve também punições mais graves, como isolamento prolongado em uma solitária dentro da instituição, privação de sono, corte de alimentação e uso de contenção mecânica (amarras) ou química (medicamentos) e violência física principalmente em casos de tentativas de fugas, caracterizadas como tortura ou tratamento degradante pela legislação (CFP, 2018).

Esse tipo de sanção fere flagrantemente o art. 2º da Lei nº 10.216/2001, segundo o qual a pessoa com transtorno mental – incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas – deve ser respeitada e tratada com humanidade no interesse único e exclusivo de beneficiar a sua saúde. A prática afronta, ainda, o art. 20, inciso IV, da Resolução RDC nº 29/2011 da Anvisa, que proíbe a aplicação de castigos físicos, psicológicos ou morais a internos em instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (CFP, 2018, p.14).

Em 24 Comunidades Terapêuticas foram identificadas violações à liberdade religiosa e à diversidade sexual. A maioria impõe uma rotina de atividades religiosas, há relatos de obrigatoriedade de participação e em casos de recusa haviam as punições, como aumento da laborterapia. Internos de outras religiões relataram coerção para participar de práticas religiosas da instituição. Como no caso de um interno da Comunidade Renascer, em São João Del Rei, Minas Gerais, que teve uma imagem de Nossa Senhora Aparecida rasgada, pois a instituição não aceitava. Além disso, em 14 das 28 instituições, a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero foi tratada de forma repressiva, sendo associada ao pecado (CFP, 2018).

Na maioria das Comunidades Terapêuticas foi identificado o uso da laborterapia, em que os internos são obrigados a trabalhar sem remuneração, empregado como instrumento de disciplina. Os internos trabalham na limpeza, preparação de alimentos, vigilância, manutenção e até na aplicação de medicamentos em outros pacientes. Foi relatado um caso no

Rio Grande do Norte, no qual os internos estavam trabalhando sem remuneração na construção de uma casa de praia da proprietária da instituição (CFP, 2018).

O conjunto de informações coletadas pela Inspeção Nacional indica que, da maneira como vem sendo utilizada por muitas comunidades terapêuticas, a chamada “laborterapia” encobre práticas de trabalho forçado e em condições degradantes – práticas que trazem fortes indícios de crime análogo à escravidão. Muitos relatos apontaram, inclusive, o uso de castigos e punições aos internos que se recusam a realizar tais atividades. Também pareceu evidente às equipes de inspeção que o uso da “laborterapia” busca, ainda, substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos internos – sem remuneração ou qualquer garantia trabalhista, em uma lógica de maximização do lucro (CFP, 2018, p. 16)

As vistorias revelaram ainda que além do uso da laborterapia para substituição do trabalho formal e remunerado, há uma constante mão de obra voluntária. Esse trabalho voluntário se apresenta de duas formas, uma pelo recrutamento de profissionais sem remuneração e outra pela permanência de ex-internos com a função de monitores ou obreiros, sem formalização dessas atividades. Em 15 das 28 instituições, voluntários trocam trabalho por abrigo e alimentação, sem registro formal, indo contra a Lei 13.297/2016⁸. Além disso, é relatado a falta de profissionais qualificados para oferecer assistência integral, resultando em uma grande dependência de monitores informais e uma falta na qualidade do atendimento à saúde (CFP, 2018).

A Lei da Reforma Psiquiátrica aponta que a internação de pessoas com transtornos mentais deve se dar em serviços que ofereçam assistência integral, incluindo “serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.” Entretanto, o quadro encontrado nas comunidades terapêuticas inspecionadas foi de escassez de profissionais para a oferta dessa assistência: há poucos trabalhadores com formação na área de saúde e muitos “monitores” (internos que ganham a confiança da direção e passam a desempenhar, informalmente, atividades na instituição) (CFP, 2018, p.17).

Em 11 das Comunidades Terapêuticas analisadas, houve internação de adolescentes, e em 2 das instituições haviam crianças e adolescentes que acompanhavam as mães internadas. Em uma situação, uma criança de 11 anos foi internada por decisão judicial. Constatou-se também que adolescentes e adultos compartilham alojamentos e quartos, apenas duas instituições tinham espaços separados para os adolescentes. Essa prática viola tanto a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que só permite a acolhida de adultos nessas instituições, quanto a Lei do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), que requer espaços adequados e atendimento especializado para adolescentes, além de falhar com a preservação

⁸ Lei que regula o trabalho voluntário no Brasil, estabelecendo que deve ser gratuito e formalizado com um termo de compromisso.

de vínculos familiares, de atividades culturais, esportivas e da oferta de escolarização (CFP, 2018).

É válido apontar ainda que as equipes de inspeção identificaram casos de internação de adolescentes por motivos que não estão relacionados ao uso de álcool e outras drogas – de maneira que as comunidades terapêuticas parecem estar cumprindo papel de isolamento do convívio social pelas mais diversas motivações. Em Itamonte (MG) uma interna – que, inclusive, é surda – contou ter sido internada por namorar um rapaz que fazia uso de álcool e, por essa razão, sua mãe decidiu encaminhá-la à comunidade terapêutica. A jovem narrou a condição de isolamento social a que vinha sendo submetida – visto que apenas se comunicava por meio da Língua Brasileira de Sinais (Libras) –, além de outras formas de tratamento cruel e desumano (CFP, 2018, p.18).

Das 28 Comunidades Terapêuticas, 18 informaram receber algum tipo de recurso público, seja em nível municipal, estadual ou federal, geralmente por meio de políticas sobre drogas. Foi constatada a falta de fiscalização adequada desses serviços e sobre o uso dos recursos, resultando em um financiamento que sustenta instituições que frequentemente violam diversas legislações brasileiras (CFP, 2018).

É preciso lembrar, ainda, que qualquer destinação de recursos públicos deve contar com a fiscalização e acompanhamento das práticas desenvolvidas pelo destinatário dos recursos, o que não foi identificado nas vistorias. Os dados coletados pela inspeção nacional em comunidades terapêuticas apontam, portanto, que o financiamento indiscriminado de instituições dessa natureza acaba por resultar na destinação de recursos públicos a locais onde há violações de direitos (CFP, 2018, p. 18).

Além das constatações feitas através do Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, diversas reportagens reforçam os relatos de violações de direitos e abusos cometidos nessas instituições. O jornal Intercept Brasil publicou uma série⁹ de matérias que relatam várias violações dos direitos ocorridas nas Comunidades Terapêuticas. Ao analisar as matérias é possível observar que há agressão, dopagem, tortura, punição, laborterapia. Ademais, a religião é usada como parte do tratamento, a cura é associada à conversão religiosa. Os empresários do ramo se apresentam como filantropos, porém a realidade revela que esse é um negócio lucrativo. Apesar das frequentes denúncias a fiscalização é precária o que possibilita a continuidade das violações de direitos cometidas e a permanência dessas instituições.

⁹ <https://www.intercept.com.br/especiais/maquina-de-loucos/>

De acordo com a matéria publicada¹⁰ em outubro de 2023 pelo jornal The Intercept Brasil, em fevereiro do mesmo ano, uma operação do Ministério Público de São Paulo (MPSP) e da Polícia Civil fechou uma Comunidade Terapêutica em Cajamar, no estado de São Paulo, após denúncias de condições desumanas e crimes como tortura e cárcere privado. A instituição tinha 75 mulheres em situações degradantes, com falta de alimentos, de cuidados médicos e condições mínimas de higiene. Foram relatados casos de agressões, medicação forçada e intolerância religiosa (INTERCEPT, 2023).

A investigação apontou que os responsáveis pela instituição montaram uma organização criminosa visando o lucro, utilizando os funcionários para manter o terror interno e assegurar a lucratividade. A intolerância religiosa acontecia através da violência física, com a imposição da religião evangélica. Os cultos eram transmitidos de forma online e durante as celebrações pediam o apoio para a reeleição de Jair Messias Bolsonaro. Um dos quartos da instituição era destinado a agressões e torturas. Além disso, havia discriminação contra homossexuais e transexuais, em que eram colocadas em um quarto chamado pejorativamente de *sapataria* (INTERCEPT, 2023).

O uso de medicamentos era indiscriminado e muitas vezes utilizado como forma de punição, acompanhado de agressões. Essa é a possível causa da morte de uma mulher de 22 anos que estava internada na instituição. A dona dessa Comunidade Terapêutica é proprietária de outras três, onde também tem denúncias de violação de direitos, demonstrando a lucratividade desse negócio (INTERCEPT, 2023).

Na segunda matéria¹¹ da série publicada em dezembro de 2023, o relato continua sobre a mesma instituição, em que expõe a morte da paciente de 22 anos, a qual foi internada para tratamento de dependência de álcool e cocaína. A paciente morreu em 30 de dezembro de 2021, a Comunidade Terapêutica informou que a causa foi suicídio, entretanto, ela estava com sinais de agressão e de acordo com o laudo do Instituto Médico Legal (IML), a causa da morte foi intoxicação medicamentosa e insuficiência respiratória. Nessa reportagem foi apresentada a realidade de outra Comunidade Terapêutica, essa para homens, no interior de São Paulo. Um homem foi morto após espancamento como punição, pois descobriram que ele tentaria fugir. Apesar da crueldade dessas mortes, elas não foram registradas como ocorridas dentro das instituições, revelando a falta de transparência sobre as violências, abusos e mortes

¹⁰31 out. 2023
<https://www.intercept.com.br/2023/10/31/centro-terapeutico-prende-mulheres-torturou-forçou-conversao-evangelica-pediu-apoio-bolsonaro/>

¹¹ 18 dez. 2023
<https://www.intercept.com.br/2023/12/18/milena-morreu-dopada-e-espancada-em-uma-comunidade-terapeutica-o-tipo-de-morte-que-o-governo-escolheu-ignorar/>

nessas instituições. De acordo com o Governo Federal, não existe uma pasta sobre mortes ocorridas nas Comunidades Terapêuticas (INTERCEPT, 2023).

Em fevereiro de 2024, foi publicada a terceira e última matéria da série intitulada *O inferno por dentro*¹², que narra o testemunho de um sociólogo e servidor da Secretaria de Saúde de São Paulo, que foi internado de maneira involuntária em uma Comunidade Terapêutica após uma tentativa de suicídio. Ele relata que foi amarrado, sequestrado e levado à instituição. Ele já esteve em duas Comunidades Terapêuticas, nas quais presenciou torturas físicas, psicológicas, dopagem, imposição da religião e mortes. O ambiente é marcado por maus-tratos, trabalho forçado e violência além da falta de tratamento médico. Os pacientes são obrigados a atuar como monitores, faxineiros, jardineiros e o que mais a instituição precisa, com a justificativa de *laborterapia* como parte do tratamento. Até os pacientes sem histórico de uso abusivo de álcool e drogas são submetidos ao programa dos *Doze Passos*, usado por grupos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos. Em uma das instituições, o ex-interno presenciou a morte de outros, devido a espancamentos e intoxicação por medicamentos. Conta ainda, que foi vítima de violência e ameaça de morte (INTERCEPT, 2024). Segundo o entrevistado essas instituições

são extremamente maquiavélicos e se valem do desespero das famílias. Comunidades terapêuticas são máquinas de loucos. É um esquema que te deixa maluco.

Se você não for, de tão massacrado, violentado e desrespeitado, você vai ficar. É um engodo. É uma arapuca. É estelionato. O jargão nas comunidades terapêuticas é o mesmo, a programação entre elas é a mesma. Parece que a forma como a coisa se estrutura e a forma como o serviço é prestado é exatamente igual, só muda de endereço. Existe alguma coisa muito mais ampla por debaixo disso. E a gente ainda não sabe identificar quais são os tentáculos dessa rede (INTERCEPT, 2024).

O desinteresse do Estado por uma fiscalização efetiva não é por acaso, mas parte da estratégia de preservar o modelo manicomial, que é conveniente ao sistema capitalista desde sua origem, com o único objetivo de afastar os indesejados para que não sejam um empecilho na produção de mais valor da sociedade. Apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, resultado de lutas e mobilizações dos(as) trabalhadores(as) da saúde e da sociedade civil, o sistema retoma o seu modelo de exclusão, punitivismo e opressão. Sendo as Comunidades Terapêuticas o destino para os *loucos* e *drogados* com o discurso embasado da religião e moral.

¹² 21 fev. 2024

<https://www.intercept.com.br/2024/02/21/depois-que-vivi-la-dentro-descobri-como-e-diz-funcionario-da-secretaria-de-saude-sobre-centro-terapeutico/>

Na esperança de seguirmos problematizando a função social do hospício no capitalismo acreditamos ser fundamental (re)construirmos nossas análises e percursos antimanicomiais reconhecendo as particularidades da formação social brasileira. Se for para nos inspirarmos que possamos ampliar a nossa lente e identificarmos que os hospitais psiquiátricos no Brasil são um grande reflexo dos navios negreiros, lugar esse que muitos morreram no anonimato, sem dignidade e impedidos de manifestarem sua existência. Lembremos que os manicômios ultrapassam os muros e se atualizam a todo instante (PASSOS, 2018, p. 17).

Ao revisitar essas práticas, percebemos como o sistema manicomial se reinventa sob o discurso de um novo modelo, e assim mascara o que tem de mais velho e arcaico. Ao analisar a historicidade dos manicômios, nota-se que as Comunidades Terapêuticas, têm a mesma forma de tratamento de séculos passados, que ao invés de oferecer cuidado, exerce a função de controle e isolamento, permeado de maus tratos e violências. Com a justificativa de melhoria para a sociedade e da recuperação do sujeito por meio da moralidade religiosa, essas instituições mascaram a continuidade de um projeto opressor, segregatório e punitivista.

Diante disso, é fundamental uma intervenção efetiva nos modelos atuais do cuidado da saúde mental. É necessário lutar por um tratamento sem abusos e segregação, retomando as lutas e a bandeira por uma *sociedade sem manicômios*. No entanto, não basta fechar as portas dessas instituições e reintegrar os sujeitos à sociedade sem um suporte adequado. É necessário retomar a origem da luta pela Reforma Psiquiátrica, promovendo uma nova compreensão sobre a loucura, enxergando os sujeitos de direitos, livre de estigmas. Ao mesmo tempo, é essencial aprimorar e expandir os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Principalmente aqueles que tiveram falhas em alcançar todos os territórios, como os serviços que atendem 24 horas e são responsáveis pelo cuidado no momento de crise, e ainda a criação de novos equipamentos e serviços, baseado no modelo antimanicomial. Essa luta é urgente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento dado nas Comunidades Terapêuticas não é novo e permanece devido ao amparo do Estado, uma vez que é instrumento para a segregação e controle social.

A análise aqui apresentada, compreendeu como as políticas de saúde mental no Brasil vêm sendo moldadas por uma lógica que resgata práticas excludentes e punitivistas, típicas do modelo manicomial, revelando uma série de retrocessos que afetam diretamente os direitos humanos e a dignidade de pessoas em sofrimento mental.

Dessa forma foi preciso abordar a historicidade do modelo manicomial no sistema capitalista, para entender o surgimento dos manicômios como instrumento de segregação para controlar os indesejados, em favor dos interesses do capital. Esses espaços eram marcados pela violência e pela exclusão social, que refletiam a necessidade de controle aos que não se encaixavam na lógica produtiva e que se tornaram uma expressão da “questão social”, sendo esses instrumentos necessários ao capitalismo.

Portanto, com o estudo do surgimento do modelo manicomial entendemos como isso afeta atualmente as políticas públicas brasileiras, a partir da sua origem e como ainda está presente na contemporaneidade. Apesar das lutas antimanicomiais que deram origem à Reforma Psiquiátrica Brasileira, as políticas da Saúde mental no país vêm sofrendo retrocessos e se aproximando ao modelo asilar-manicomial. Isso porquê o cenário político atual apresenta o avanço do neoconservadorismo e por consequência a precarização dos serviços públicos. O incentivo às Comunidades Terapêuticas, instituições de caráter manicomial, reflete o retrocesso, acentuado no governo Bolsonaro, que fortaleceu financeiramente essas instituições e separou a Política de Saúde Mental da Política Sobre Álcool e Outras Drogas, retornando a abordagem do controle e segregação.

Estrategicamente o governo nomeia as alterações feitas nas políticas de saúde mental como uma *Nova Política*. De acordo com a pesquisa realizada, é possível perceber que essas mudanças nada têm de novo, elas resgatam práticas do modelo manicomial, desconsiderando décadas de mobilização social por um cuidado humanizado. Os relatos e denúncias sobre os abusos cometidos nas Comunidades Terapêuticas, como trabalho forçado, imposições religiosas e maus-tratos, evidenciam as violações de direitos que ocorrem nesses espaços.

Entendemos que a precarização dos serviços públicos e a ausência de fiscalização efetiva nas Comunidades Terapêuticas, apesar das denúncias, são estratégias do Estado para a retomada do modelo manicomial. Tendo em vista que essas instituições são instrumentos do

Estado, usados para controlar, punir e segregar os indesejados, por não produzirem mais valor e não se moldarem ao modo de produção capitalista e a ordem social. Dessa forma, a manicomização contemporânea se dá por meio das Comunidades Terapêuticas, que ao mesmo tempo em que controlam os indesejados, também privilegiam o grupo que lucra com esse modelo, sendo benéfico ao sistema capitalista.

Desse modo, desenvolvemos nossa pesquisa a fim de analisar as tendências contemporâneas da política de saúde mental no Brasil, que favorecem as Comunidades Terapêuticas e promovem o retorno de práticas segregatórias e punitivistas. Estudamos a história do modelo manicomial e os interesses do sistema capitalista que perpetuam a exclusão dos indivíduos em sofrimento psíquico. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo e exploratório, com base em revisão de literatura, documentários e matérias jornalísticas. A análise permitiu identificar os principais retrocessos nas políticas públicas de saúde mental e suas implicações, com foco na reintrodução de práticas manicomiais, especialmente no contexto das Comunidades Terapêuticas.

Logo, este trabalho não esgota o tema, mas destaca a lógica do modelo manicomial em sua relação com o sistema capitalista, reforça a importância de continuar aprofundando a discussão e de lutar por um cuidado antimanicomial. O combate ao conservadorismo, assim como a defesa dos direitos humanos, tornam-se urgentes diante desse cenário. A pesquisa, a ciência e a luta social são ferramentas fundamentais para garantir que as políticas de saúde mental voltem a ser pautadas pelo cuidado antimanicomial. Assim como no passado, que foi através da mobilização social que o modelo manicomial foi combatido até a Reforma Psiquiátrica e a criação de um novo modelo para o cuidado da loucura. Da mesma forma, será por meio da mobilização que conquistaremos o direito a um cuidado em saúde mental, longe dos horrores que a manicomização proporciona.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. *et al.* Uma Breve História Da Reforma Psiquiátrica. **Neurobiologia**. Recife: v. 1, p. 85-96, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341446537_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica. Acesso em: 27 fev. 2024.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. **Archivos de Saúde Mental e Atenção**. Rio de Janeiro: NAU, 2001, p. 45-65. Disponível em: <https://videossobresaudemental.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/05/a-clc3adnica-e-a-reforma-psiquic3a1trica.pdf>. Acesso em: 08 set. 2024

AMARANTE, P; NUNES, M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 29, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 10 jul. 2024.

AMARANTE, P; TORRE, E. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov.-dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em:

AMARANTE, P. Uma Aventura no Manicômio: A Trajetória de Franco Basaglia. **História, ciências, saúde-Manguinho**. V. 1, p. 61 -77, jul-out. 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R9QryCkZWQcXCkKCxtsDWdJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2024

AMITRANO, G. O louco como um outro interditado: arqueologia e biopoder. **Philosophos**. Goiânia: v. 16, n. 2, p. 269-291, 2011. Disponível em: <https://www.anpof.org.br/periodicos/philosophos-revista-de-filosofia--revista-ufg/leitura/123/16044>. Acesso em: 24 ago. 2024.

ANVISA. Comunidades Terapêuticas Acolhedoras. Ministério da Saúde. Brasília (DF): 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/saloes-tatuagens-creches/comunidades-terapeuticas-acolhedoras#:~:text=Comunidades%20Terap%C3%AAuticas%20Acolhedoras%20s%C3%A3o%20institui%C3%A7%C3%B5es,a%20conviv%C3%Aancia%20entre%20os%20pares>. Acesso em: 01 ago. 2024.

ANVISA. Resolução RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011. 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. *Diário Oficial da União* 2011; 1 jul. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html#:~:text=%EF%BB%BFRESOLU%C3%87%C3%83O%20%2D%20RDC%20N%C2%BA%2029,ou%20depend%C3%Aancia%20de%20subst%C3%A2ncias%20psicoativas. Acesso em: 01 ago. 2024.

ARAGÃO, I; ROSA, L. Política sobre drogas e neoliberalismo: Comunidades Terapêuticas e debate no Serviço Social. **Temporalis**. Brasília (DF): ano 19, n. 37, p. 222-238, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/24061/pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração, 2013

BARROCO, M. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: n. 106, p. 205-218, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/rTywnLhQhmCyXCtYCSQWN9n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2024.

BATISTA, M. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**. N.40. p. 391-404, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264943132_Breve_historia_da_loucura_movimentos_de_contestacao_e_reforma_psiquiatrica_na_Italia_na_Franca_e_no_Brasil. Acesso em: 27 maio 2024

BRASIL. Acessar Comunidades Terapêuticas (DEPAD). Serviços e Informações do Brasil, Brasília (DF), 2024. Disponível em: [https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas#:~:text=O%20que%20%C3%A9%3F,car%C3%A1ter%20exclusivamente%20volunt%C3%A1rio%20\(espont%C3%A2neo\)](https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas#:~:text=O%20que%20%C3%A9%3F,car%C3%A1ter%20exclusivamente%20volunt%C3%A1rio%20(espont%C3%A2neo).). Acesso em: 01 ago. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841**. Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com denominação de Hospício de Pedro Segundo. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html#:~:text=Fundando%20um%20Hospital%20destinado%20privativamente,de%20Hospicio%20de%20Pedro%20Segundo>. Acesso em: 07 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 18 set. 2024

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2004**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 14 set. 2024

BRASIL. **Lei 13.297, de 16 de junho de 2016**. Altera o art. 1º da Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, para incluir a assistência à pessoa como objetivo de atividade não remunerada reconhecida como serviço voluntário. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13297.htm. Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 49, p.32, 13 de março de 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 18 set. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 9.674, de 2 de janeiro de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10357.htm#art6. Acesso em: 01 set. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 24 jul. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica n.º 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 01 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 2/2023-CGNP/DESME/SAES/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 23 maio 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/ago_23/NOTA%20T%C3%89CNICA%202%20_%20PORTARIA%20GM%20757.2023.pdf. Acesso em: 31 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=P,ORTARIA%20N%C2%BA%203.088%2C%20DE%202023,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=P,ORTARIA%20N%C2%BA%203.088%2C%20DE%202023,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)). Acesso em: 31 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 11 set. 2024.

BRASIL. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html#:~:text=Alterar%20as%20Portarias%20de%20Consolida%C3%A7%C3%A3o,Psicossocial%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias. Acesso em: 31 ago. 2024

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa de Volta Para Casa. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>. Acesso em: 31 ago. 2024

CARDOSO, A. *et al.* Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental.

Tempus. Brasília: v. 8, n.1, p. 57-63, 2014. Disponível em:

<https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1453/1308>. Acesso em: 09 set. 2024.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. **Conectas Direitos Humanos**. São Paulo: 61 p., 2021. Disponível em:

<https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-e-m-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2024

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília: 1º ed., 2018.

COSTA, P. Marx sobre a loucura. **Dialectus**. V. 11, n. 26, p. 11-32, 2022. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Costa-11/publication/362828065_MARX_SOBR_E_A_LOUCURA/links/6302b6d5aa4b1206facb084a/MARX-SOBRE-A-LOUCURA.pdf. Acesso em: 29 ago. 2024

COUTO, R; ALBERTI, S. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 32, n. 78-79-80, p.

49-59, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773005.pdf>. Acesso em: 06 set. 2024.

CRUZ, N.; GONÇALVES, R.; DELGADO, P. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**. V. 18, n. 3, p. 1-20, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2024

DAVID, E; VICENTIN, M. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde debate**. Rio de Janeiro: v. 44, n. especial 3, p. 264-277, out. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXwjVWns4VKfL6jr4s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2024.

FARIAS, L. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. **Argumentum**. Vitória: v. 11, n. 3, p. 47-66, set./dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/22727/20192>. Acesso em: 31 ago. 2024

FIGUEIRÊDO, M; DELEVATI, D; TAVARES, M. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências Humanas e Sociais**. Maceió: v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>. Acesso em: 3 jun. 2024

FRIOCRUZ. Reforma Sanitária. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 20 set 2024

GUIMARÃES, T; ROSA, S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**. Rio de Janeiro: n. 44, maio-ago. 2019. Disponível em: <https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=686&sid=59>. Acesso em: 14 set. 2024.

HOLOCAUSTO Brasileiro. Direção de Armando Mendez e Daniela Arbex. Barbacena: Daniela Arbex, 2016. Son., color

INTERNAÇÃO, MORTE E ESQUECIMENTO. Intercept Brasil. 18 dez. 2023. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2023/12/18/milena-morreu-dopada-e-espancada-em-uma-comunidade-terapeutica-o-tipo-de-morte-que-o-governo-escolheu-ignorar/>. Acesso em: 12 jul. 2024

JUNQUEIRA, A; CARNIEL, I. Olhares Sobre a Loucura: Os Grupos na Experiência de Gorizia. **SPAGESP**. São Paulo: v. 13, n. 2, p. 12-22, jun-nov. 2012. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200003#:~:text=Os%20grupos%20se%20constituem%20como,em%20toda%20a%20sua%20singularidade](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200003#:~:text=Os%20grupos%20se%20constituem%20como,em%20toda%20a%20sua%20singularidade.). Acesso em: 07 set. 2024.

LIMA, D. A loucura na sociedade de Classes. *In*: Costa, P. **O marxismo e a loucura**. São Paulo : Lavrapalavra, 2023.

MACHADO, C. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios. *Saúde debate*. Rio de Janeiro: v. 44, n. especial 3, p. 264-277, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/syScLvQjfG4zzZhvFN7yGTh/>. Acesso em: 21 set. 2024

MACIEL, M. A eugenia no Brasil. **Revista do Programa de Pós-Graduação em História**. Porto Alegre: n. 11, p. 121-143, 1999. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/31532>. Acesso em: 28 ago. 2024

MACIEL, F. A patologia da normalidade: Erich Fromm e a crítica da cultura capitalista contemporânea. **Sociologias**. Porto Alegre: n. 55, p. 262-288, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/7JGbZjKWtntknfVV6TMZsRf/>. Acesso em: 5 jun. 2024.

MÁQUINAS DE LOUCOS. Intercept Brasil. 31 out. 2023. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2023/10/31/centro-terapeutico-prendeu-mulheres-torturou-forco-u-conversao-evangelica-pediou-apoio-bolsonaro/>. Acesso em: 12 jul. 2024

MARX, K. A lei geral da acumulação capitalista. *In*: MARX, K. **O capital**: crítica da economia política: livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 714 - 823.

MARX, Karl. O crescimento da loucura na Grã-Bretanha. Arquivo Marxista na Internet, 2022. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1858/08/20.htm#r1>. Acesso em: 03 set. 2024

MESQUITA, J; NOVELLINO, M; CAVALCANTI, M. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. **Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**. Caxambu: 9 p. 2010. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53903304/abep2010_2526-libre.pdf?1500469550=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DA_REFORMA_PSIQUIATRICA_NO_BRASIL_UM_NOVO.pdf&Expires=1726704782&Signature=BipSJ37XLU054K-hT915wa9kRYC8lOmAKVYjELYxVVETfZa9YCsMwOjxmzFdqfsFC5755sbh9AeA2GHu01mOsDtuWBbALWwjF85YbJwm5jje-mfW6I5flV-2NCNTtNpHIgzvGUVnK1fNpkKJbyn4QthqXHbJK7Y2O5UdNnBMaVpNyPse1ytY9aJSbNGoBJYjTLcMVM1O~V-16mCVhcWz28LL9mIs9J6jqB1KKXVLkxHqs2g2eD2be9irWwsQNO4ibTJ2vIu7U6E14oz2JZaGCYZSiSzBuKBhMROnpWobTqk05fGYe5Gu3Qe3tPJ9P0CE1yIjH7qRUMdGjxGOGebxAA__&Key-Pair-Id=APK_AJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 08 set. 2024

MOREIRA, J. **Arqueologia da loucura**: Narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Barbacena. 2021, 218 f. Tese (Pós-Graduação em Antropologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/45725>. Acesso em: 07 set. 2024.

NETTO, J. Cinco notas a propósito da "questão social". **Temporalis**, Brasília, n. 3, p. 41-49, 2001.

NUNES, R. Ministério da Saúde. Governo Federal destina R\$ 87 milhões ao acolhimento de dependentes em comunidades terapêuticas. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/abril/governo-federal-destina-r-87-milho-es-ao-acolhimento-de-dependentes-em-comunidades-terape-uticas>. Acesso em: 31 ago. 2024

O INFERNO POR DENTRO. Intercept Brasil. 21 fev. 2024. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2024/02/21/depois-que-vivi-la-dentro-descobri-como-e-diz-funcionario-da-secretaria-de-saude-sobre-centro-terapeutico/>. Acesso em: 12 jul. 2024

OLIVEIRA, L; CHAVES, M. Condenados pela loucura: o impacto das diretrizes das políticas públicas para a saúde mental na dignidade da pessoa humana. **Caderno De Graduação - Humanas E Sociais - UNIT**. Pernambuco: v. 4, n. 3, p. 113-135, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/facipehumanas/article/view/9887>. Acesso em: 24 ago. 2024

PASSOS, R. A (Re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: a volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis: v.13, n.37, p.42-64, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618/47990>. Acesso em: 14 set. 2024.

PASSOS, R. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**. Vitória: v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em: 08 set. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. 1 em cada 10 casos de abstinência de álcool é grave e pode levar à morte. São Paulo: Acessoria de Imprensa. 2011. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2011/dezembro/1-em-cada-10-casos-de-abstinencia-de-alcool-e-grave-e-pode-levar-a-morte>. Acesso em: 03 mar. 2024

SEIXAS, A.; MOTA, A.; ZILBREMANN. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. São Paulo: v. 31, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/K3G7Y6MPKHQmdbhtsCytBZx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2024.

SILVA, B; SILVA, A; A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**. Londrina: v. 23, n. 1, p. 99-119, jul.-set. 2020. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/38697/28018>. Acesso em: 15 set. 2024.

TEIXEIRA, M. Pinel e o nascimento do alienismo. **Clio-psyché**. Rio de Janeiro: v. 19, n. 2, p. 540-560, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/44288>. Acesso em: 06 set. 2024.

TOMAZ, C. **O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência”**: possibilidades de uma atuação crítica? 2018. 253 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2018.

TORRE, E; AMARANTE, E. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: n. 6, p.73-85, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pSWQzXMxtHGb7HLM6hwPMwp/>. Acesso em: 05 set. 2024

TSU, T; TOFOLO, V. Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre doença mental. **Psicologia-USP**. São Paulo: v. 1, n. 2, p. 155-166, 1990. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771990000200006#:~:text=Realmente%2C%20a%20vis%C3%A3o%20organicista%20implica,vista%20psicol%C3%B3gico%2C%20dissocia%C3%A7%C3%A3o%20e%20distanciamento. Acesso em: 05 set. 2024.

QUEM GANHA COM A NOVA LEI DE DROGAS NÃO SÃO OS DEPENDENTES QUÍMICOS - SÃO OS DONOS DE CLÍNICAS. Intercept Brasil. 16 maio 2019. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2019/05/16/nova-lei-drogas-donos-clinicas/>. Acesso em: 12 jul. 2024

VECHI, L. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**. Natal: v. 9, n. 3, p. 489-495, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/d54H5pCTzS8WyHMxZVCtJtq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2024