



O SURGIMENTO E A EXPANSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

THE EMERGENCE AND EXPANSION OF THERAPEUTIC COMMUNITIES IN THE BRAZILIAN REALITY

<i>Recebido em</i>	28/02/2025
<i>Aprovado em:</i>	16/06/2025

Nataly Isabelle Pessoa da Silva Pinto ¹

Eduardo Rocha Dias ²

RESUMO

Este artigo analisa o surgimento e a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil. Para isso, recorre à revisão bibliográfica e à pesquisa documental. Identifica-se que o surgimento e a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil estão profundamente relacionados às condições conjunturais do país. O surgimento ocorreu em um contexto de vazio assistencial no campo da saúde mental, fruto do descompromisso de um Estado periférico e dependente. A expansão vem ocorrendo em um cenário de permanência dos limites dos serviços públicos de saúde/saúde mental, que, por sua vez, têm como fundamentos os limites do fundo público brasileiro diante da estrutura do ciclo do capital da nossa economia dependente e periférica, da hegemonia do neoliberalismo e do conservadorismo.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Drogas; Reforma Psiquiátrica Brasileira.

ABSTRACT

This article analyzes the emergence and expansion of Therapeutic Communities in Brazil. To this end, it relies on a bibliographic review and documentary research. It is identified that the emergence and expansion of Therapeutic Communities in Brazil are deeply related to the country's conjunctural conditions. Their emergence occurred in a context of an assistance gap in the field of mental health, resulting from the neglect of a peripheral

¹ Mestra e graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

² Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do Programa de Pós - graduação e do curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.



and dependent state. Their expansion has been taking place in a scenario where the limitations of public health and mental health services persist. These limitations, in turn, are rooted in the constraints of Brazil's public fund, given the structure of the capital cycle in our dependent and peripheral economy, the hegemony of neoliberalism, and conservatism.

Keywords: Therapeutic Communities; Drugs; Brazilian Psychiatric Reform.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as Comunidades Terapêuticas se apresentam como um modelo de atendimento voltado a pessoas que fazem uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas. A pesquisa censitária mais recente sobre tais entidades em nível nacional data de 2017, identificando a existência de 1.950 CTs no país, com a disponibilidade de 83.600 vagas (Brasil, 2017).

De modo geral, as CTs são espaços que focam na abstinência do uso de psicoativos pelas pessoas atendidas. Como principais estratégias, destacam-se a reclusão dos indivíduos da convivência familiar e comunitária para uma vivência em pares. Além disso, como ferramentas consideradas terapêuticas pelas CTs, observa-se o recurso e a prevalência de atividades de cunho religioso, haja vista que muitas dessas instituições têm relação direta com organizações religiosas, especificamente igrejas de matriz cristã.

Nas últimas décadas, tais entidades têm se expandido no território brasileiro. Essa expansão tem sido acompanhada por um crescimento dos incentivos do governo a essas entidades. O CONECTAS; CEBRAP (2017) apresentam a estimativa de que, entre 2017 e 2020, houve um aumento de 109% nos valores transferidos pelo governo federal para o financiamento de vagas destinadas ao atendimento de pessoas que fazem uso intenso e involuntário de psicoativos, realizado por CTs.

Essa expansão das CTs e sua centralidade no âmbito das políticas públicas, atrelada a incentivos estatais, são marcadas, entretanto, por tensões. Há uma forte resistência de setores da sociedade comprometidos com a luta antimanicomial à existência das CTs, bem como ao suporte financeiro concedido pelo Estado por meio de recursos públicos. Na base dessa resistência, está a característica fundamental das CTs: a reclusão, que se distancia



dos preceitos do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que colocou como eixo central do cuidado em saúde mental a atenção em serviços de base comunitária.

Outro ponto relevante são as sérias notificações de violações de direitos humanos em Comunidades Terapêuticas, identificadas em inspeções realizadas no país, como nos relatórios do CFP (2011) e do CFP; MNPCT; PFDC/MPF (2017).

No presente trabalho, apresentamos uma análise acerca do fenômeno supracitado: a expansão das CTs no país, enquanto entidades não governamentais, objeto de contundentes críticas de diversos atores sociais. Para isso, realizamos revisão bibliográfica e pesquisa documental e construímos uma análise sobre esses fenômenos.

1. A GÊNESE DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

Em nossa realidade, os primeiros registros de Comunidades Terapêuticas, datam dos anos finais da década de 60. Entretanto, numa aproximação à gênese dessas instituições, nos deparamos com uma origem fincada em meados do século XX, no atendimento não de pessoas usuárias de psicoativos como se apresenta em nossa realidade, mas sim, no atendimento aos loucos.

Amarante (1998), aponta que as CTs surgem como uma alternativa de modelo de psiquiatria, expressando uma modalidade alternativa aos modelos de psiquiatria reinantes na realidade britânica, que eram os hospitais psiquiátricos. Tais entidades emergem no contexto pós-segunda guerra mundial, palco, entre outras questões, do avanço do questionamento acerca das políticas psiquiátricas no trato do “[...] papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico [...]” (Amarante, 1998, p.27).

As CTs se apresentaram neste contexto, enquanto uma proposta reformista do âmbito asilar, “[...] restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar” (Amarante, 1998, p.28). Conforme o autor, o marco inicial destas instituições remonta a 1946, quando T.H Main, em colaboração com Bion e Reichman, desenvolveu um trabalho no Mountfield Hospital, em Birmingham – Inglaterra, denominando-o como Comunidade Terapêutica.



Contudo, apenas na década seguinte, em 1956, é que temos de fato a consolidação do termo Comunidades Terapêuticas através do psiquiatra britânico Maxwell Jones, que delimitou sua definição com base em experiências realizadas em hospitais psiquiátricos. É destaque, que tais experiências do psiquiatra, se constituíram influenciadas por práticas de outros atores, ocorridas nas décadas de 20 e 30, como Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichmann (Amarante, 1998).

Lima (2016), em aproximação com outras fontes de estudo, também confirma essa origem britânica das Comunidades Terapêuticas no contexto pós-segunda guerra mundial, o marco inicial dado por T.F Main, e a representatividade de Maxwell Jones sob este tema. Entre os elementos que acrescenta ao debate, destaca-se a menção de que não havia um modelo específico de Comunidade Terapêutica, ainda assim, se podia descrever traços semelhantes nos diversos modos de aplicação:

[...] liberdade e horizontalidade da comunicação, análise de tudo o que se passa na comunidade (dinâmica individual e interpessoal), tendência à horizontalidade do exercício da autoridade, aprendizagem social e realização de uma reunião ordinária (Lima, 2016, p.151).

Além de aspectos relativos à origem britânica das Comunidades, em Lima (2016), identificamos elementos acerca do surgimento de Comunidades Terapêuticas voltadas para o atendimento de pessoas que fazem uso intenso de substâncias psicoativas. Conforme a autora, há imprecisões quanto qual entidade de fato seria a primeira iniciativa de atendimento às pessoas usuárias de psicoativos.

Em algumas obras, aparece a menção da experiência de Synanon em 1958, como a primeira comunidade terapêutica no campo das drogas, em outras, é dado destaque à experiências advindas da fundação dos Alcoólicos Anônimos, que se apresentam ainda em meados da década de 30 como a de St. Thomas Hospital em Ohio, ou mesmo, a comunidade terapêutica mista conhecida como o Modelo Minnesota, fundada em 1948, uma década antes da corriqueiramente identificada como originária, no município de Center City, Minnesota, na Clínica de Hazelden. Essas diferenças, revelam a insuficiência de elementos para definir de fato um marco originário das CTs, com atenção ao campo das drogas.



Ainda que relate essa inconsistência quanto às Comunidades Terapêuticas originárias de atendimento a pessoas usuárias de psicoativos, Lima (2016), aponta que é destaque na historicidade desse tipo de CT a Comunidade Terapêutica Daytop Village, fundada em 1963. Essa CT, vai se proliferar internacionalmente, marcando o desenvolvimento mundial das CTs.

Sobre as primeiras Comunidades Terapêuticas no Brasil, temos em Cavalcante (2019) o registro da instalação da instituição “Desafio Jovem” no ano de 1968, de origem Norte-Americana, fundada na cidade de Goiânia-GO; A segunda trata-se da Comunidade S8, criada em 1971 em Niterói, Rio de Janeiro, fundada pelo ex-governador do Estado, Dr. Geremias de Mattos Fontes, tendo como propósito acolher adolescentes e jovens amigos dos seus filhos. Sob uma abordagem leiga e filantrópica, a comunidade promovia reuniões com música, estudos bíblicos, lanches comunitários e jogos de vôlei, atendimentos individuais, grupos de bate papo, tingimentos de camiseta e artesanato; A terceira CT trata-se da Comunidade Terapêutica Senhor Jesus, fundada em 1978, na cidade de Campinas. “Oriunda de um movimento religioso coordenado pelo Padre Haroldo Rahm, missionário estadunidense, que define o uso de drogas como uma expressão do afastamento da graça de Deus e não como um objeto de saúde pública” (Cavalcante, 2019, p. 265).

A autora menciona ainda uma quarta CT, a experiência do Daytop Village, fundada em 1963, nos EUA, pelo Monsenhor William Bóbrien e por David Deitch. Tratou-se de uma experiência influenciada pelo modelo de Jones.

Já nestas primeiras entidades, temos a evidência do traço aqui supracitado das Comunidades Terapêuticas brasileiras que é a relação com entidades religiosas. Cabe destacar que, Cavalcante (2019), chama atenção que esta trata-se de uma peculiaridade das entidades em nosso país, e que, em suas investigações sobre a realidade de outras entidades a nível internacional, essa característica não aparece como um traço tão comum.

Conforme a autora, a explicação para essa particularidade brasileira, se inscreve nas condições culturais do nosso país, em que pesa, até a contemporaneidade, “[...] apesar da



separação republicana entre igreja e Estado e seus esforços de laicização das instituições públicas e de secularização da vida social” (Cavalcante, 2019, p.246), a presença da tríade religioso-médico-legal no trato das questões sobre drogas. A autora analisa essa condição, trabalhando com o conceito da presença no Brasil, de uma “racionalidade hemiderna”, uma racionalidade que mescla características tradicionais e modernas.

O contexto de fundo em que as Comunidades Terapêuticas de estabeleceram no país, era marcado pela precarização assistencial, sobretudo no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, ou seja, as CTs se originaram em um cenário em que pouco se havia de alternativas de assistência a pessoas usuárias de substâncias psicoativas de forma intensa e involuntária.

O final dos anos 60, tratou-se de um cenário em que vivenciávamos o regime ditatorial, iniciado em 01 de abril de 1964, posteriormente ao golpe militar que destituiu o até então presidente João Goulart. Sob esse cenário de autocracia burguesa, nem de longe houve benefícios à classe trabalhadora. Temos nesse período a concentração de esforços mobilizados em prol do alcance de crescimento econômico, tanto que, mesmo no momento de altas taxas no dito momento do “Milagre”, o retorno dado à massa de trabalhadores foi senão, a redução orçamentária sobre as políticas sociais. (Netto, 2014)

Diante desse contexto, o campo da saúde tratava-se de um ambiente dominado pelo setor privado. A assistência à saúde era focalizada, restritiva, dominada pela lógica dos seguros e dos hospitais privados, além de ações dispersas no campo do setor público. Essa realidade, apesar de trazer diferenças em relação ao passado, também revelavam permanências no que se refere às precárias condições de assistência à saúde, do período colonial e imperial, em que se destacava atenção limitada a benemerência, especialmente da Igreja Católica, e posteriormente ações episódicas voltadas para as doenças do momento (Paim, 2015).

Consequentemente, o campo da saúde mental detinha os mesmos traços, acrescidos de alguns outros elementos. De acordo com Costa (2016), a segunda metade do século XX, cenário de ditadura e de emergência das primeiras CTs, foi marcada pela predominância dos hospitais psiquiátricos privados no campo da saúde mental, em convergência com a



abordagem internacional, que favorecia a internação como principal forma de lidar com a questão da loucura, e que aqui foi iniciada ainda no período colonial.

De modo geral, a política de saúde mental do período da ditadura militar era burocratizada, privatizada e conservadora, com viés modernizador, integrando-se ao desenvolvimento nacional, caracterizando um cenário em que a loucura foi verdadeiramente mercantilizada. Essa lógica foi impulsionada por incentivos estatais, onde o Estado pagava por cada paciente em tratamento nos hospitais psiquiátricos privados. (Costa, 2016)

Nesse cenário, de mercantilização da loucura, eram inexistentes a assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso intenso de substâncias psicoativas. De acordo com Brites (2017), no Brasil até o final do século XIX, a questão das drogas no país não era objeto de um debate público significativo nem de uma preocupação direta por parte do Estado. Somente nos anos 1990, o governo federal iniciou um processo de revisão da abordagem das drogas no território brasileiro.

Diante da realidade brevemente exposta, temos que, destacava-se uma fragilidade do sistema de saúde público durante a ditadura, não havia serviços de atenção ao público com problemas decorrentes de uma determinada relação com os psicoativos. A saúde mental era dominada exclusivamente pela hegemonia dos hospitais psiquiátricos com sua orientação predominantemente hospitalocêntrica e assistencialista. Outro ponto, tratava-se do domínio do paradigma proibicionista, em que as atenções no campo das drogas se restringiam a medidas objetivando a criminalização do uso e do porte de psicoativos.

Logo, a falta de estratégias efetivas para lidar com as pessoas que faziam uso intenso e indesejado de psicoativos, formataram uma conjuntura favorável ao surgimento das Comunidades Terapêuticas no país. As Comunidades Terapêuticas se inserem assim, como expressão da histórica tendência da presença da filantropia na intervenção das expressões da questão social no Brasil.



2. EXPANSÃO DAS CTS EM TEMPOS DE AMPLIAÇÃO E RETROCESSOS DAS CONQUISTAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Embora as Comunidades Terapêuticas tenham sido criadas no Brasil ao final dos anos 60, em um contexto de vazio assistencial no campo de atendimento às pessoas que fazem uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas, é a partir dos anos 90 que observamos uma expansão significativa dessas entidades. Como aponta a Nota do IPEA em Brasil (2017), que sinaliza que a maior parte das CTs identificadas (79%) foi fundada a partir da década de 90.

Essa expansão das CTs, entretanto, não ocorre mais em um cenário de ausência de alternativas, mas, em meio ao avanço de serviços públicos no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. A partir dos anos 2000 teremos transformações contundentes ao campo, fruto dos movimentos de Reforma Sanitária - RSB e do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira - RPB que se estendeu no nosso país especialmente entre os anos 70 e 90.

Entre os anos 2000 e 2010, identificamos que a expansão de Comunidades Terapêuticas foi atrelada a uma série de medidas estatais sobre o tema, de modo paralelo, a publicação de importantes medidas ao campo da saúde mental, álcool e drogas, que representaram conquistas resultantes do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro.

Como medida criada para tratar das CTs, destaca-se a Resolução nº 101/2001 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, órgão do Ministério da Saúde, estabelecendo um regulamento técnico que disciplina as exigências para o funcionamento das CTs. Pode-se compreender que tal medida, embora tivesse como foco a regulamentação, trouxe um certo fortalecimento a essas entidades, haja vista o potencial de legitimação em meio a sociedade. (Brasil, 2001a)

Como medidas que representaram conquistas ao campo da saúde mental, álcool e drogas, destacam-se, em primeiro lugar e no mesmo ano da medida supracitada, a Lei nº 10.216/2001, popularmente conhecida como Lei Paulo Delgado. Esta lei dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do uso intenso e indesejado de psicoativos, como o acesso digno e adequado ao



tratamento de saúde mental, respeito à integridade pessoal, proteção contra abusos, garantia de privacidade, informação completa sobre o tratamento, preferência por métodos terapêuticos menos invasivos e prioridade por serviços comunitários de saúde mental. (Brasil, 2001)

Além dos direitos salvaguardados, é definido o desenvolvimento da política de saúde mental como responsabilidade do Estado, e critérios rigorosos quanto aos casos de internação, só indicado excepcionalmente, em condições muito específicas.

Outra importante medida tratou-se, da Portaria nº 336/2002, também do Ministério da Saúde, regulamentando e discriminando as diretrizes para o atendimento e organização dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, tais como os Centros de Atenção Psicossociais - CAPS, I, II, III e i II, voltados para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, e o CAPS AD II, voltado para o atendimento de pessoas com problemas decorrentes do uso intenso e indesejado de psicoativos. (Brasil, 2002)

Ainda em 2002, a Portaria nº 816/2002, também do Ministério da Saúde, foi relevante particularmente à atenção das pessoas com problemas decorrentes do uso intenso e indesejado de psicoativos. Essa medida, instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, estabelecendo diretrizes para promover a saúde e o bem-estar dos usuários de psicoativos e suas famílias, com ênfase na estratégia de redução de danos, no sentido de fortalecer os serviços públicos de saúde sob a influência da reforma psiquiátrica. (Brasil, 2002a)

Ao campo, outra medida foi também de extrema relevância nesse mesmo sentido, nos referimos a Lei nº 11.343/2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Esta lei estabeleceu diversos objetivos, incluindo uma abordagem ampla sobre o uso de psicoativos. (Brasil, 2006)

Entre 2010 e 2016, observamos que a expansão das CTs e a regulação do Estado sobre estas, prosseguiu não mais apenas de forma paralela, como outrora apresentado, mas entrelaçada ao avanço das conquistas da RPB. Além de terem sido publicadas pelo Estado outras medidas próprias para regulamentação das CTs, foram promulgadas



normativas que, ao mesmo tempo que reforçaram o paradigma psicossocial, também fortaleceram as CTs.

Neste último caso, destaca-se a Portaria nº 3.088/2011, publicada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011). A normativa instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), revisou, ampliou e detalhou melhor a complexidade dos serviços da saúde mental, incorporando novas demandas a estes, no que se destaca a incorporação das demandas relativas às pessoas usuárias de psicoativos à todas as modalidades CAPS, ou seja, CAPS I, II, II, i, AD, passaram a ser serviço de atendimento para este público-alvo. Bem como, incorporando aos CAPS AD e i, o atendimento de crianças e adolescentes usuárias de psicoativos.

Antes disso, não havia determinação para o atendimento deste público no CAPS AD, e no CAPS i, havia a oferta de atendimento apenas a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. No trato sobre as CTs, destaca-se que a Portaria reconheceu as Comunidades Terapêuticas como parte da Rede, enquanto um Serviço de Atenção em Regime Residencial, conforme o segundo parágrafo do Art. nº 9.

Essa medida, acabou alinhando as determinações de uma outra normativa acionada no ano anterior. Em 2010, o Estado havia instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, a partir do Decreto nº 7.179/2010. Este decreto enfatizou a execução de ações de enfrentamento à “pandemia do crack” a partir também de parcerias do Estado junto à sociedade civil, o que incluiu as Comunidades Terapêuticas. Entre as estratégias do plano, destacava-se a previsão da ampliação do número de leitos para tratamento de pessoas usuárias de crack e a expansão da rede de assistência para este público, sendo estabelecido como meio o financiamento de leitos por parte do Estado, o que marcou a transferência de recursos do governo federal para as CTs (Brasil, 2010).

Sobre as medidas criadas propriamente sobre as CTs, destacou-se a Resolução nº 29/2011 da ANVISA/MS, que veio substituir a primeira medida aqui mencionada, a Resolução nº 101/2001, entretanto, se portou como uma proposta flexibilizadora, excluindo algumas regras mínimas de funcionamento, facilitando que CTs com características frágeis sejam consideradas regulares. (Brasil, 2011)



Posteriormente, em 2012, destacou-se também a Portaria nº 131 do Ministério da Saúde, que institui o incentivo financeiro de custeio para os Serviços de Atenção em Regime Residencial, que, conforme apontado, incluiu as Comunidades Terapêuticas, no mesmo ano em que foi publicada a Portaria nº 130, que tratou de mais um tipo de CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas 24 horas (CAPS AD III). (Brasil, 2012a; 2012)

Destaca-se ainda, no ano de 2015, uma importante medida criada, a Resolução nº 1/2015 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas, órgão do Ministério da Justiça - CONAD/MJ. Esta medida trouxe uma regulamentação própria às Comunidades Terapêuticas, sendo considerada um marco político dessas entidades. Essa medida marcou a entrada da legislação de outro ministério sobre as CTs, que até então se tratava de uma pauta do Ministério da Saúde (Brasil, 2015).

A partir de 2016, identificamos mudanças contundentes em torno da expansão das Comunidades Terapêuticas em nosso país. Diferente dos outros momentos aqui mencionados, em que as CTs foram fortalecidas, ao tempo em que, avançaram também medidas de fortalecimento as conquistas do movimento de Reforma Psiquiátrica, passamos, para um cenário de expansão das CTs em meio a medidas que implicaram em retrocessos no campo da saúde mental, álcool e drogas.

Como medidas de cunho regressivo destacam-se, nos anos de 2017 e 2018, a Resolução n.º 32/2017, construída pela Comissão Intergestores Tripartite do MS, que trouxe novas diretrizes para o funcionamento da RAPS, modificando de forma contundente a Política Nacional de Saúde Mental. No bojo desta, destaca-se a inclusão e reconhecimento de novos componentes/serviços, entre os quais, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Tipo IV - CAPS AD IV, Hospitais Dia e Hospitais Psiquiátricos Especializados (Brasil, 2017).

Posteriormente a esta, foi publicada a Portaria n.º 3.588/2017 do Ministério da Saúde, que alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a RAPS e incluir informações adicionais sobre os novos serviços introduzidos pela Resolução nº 32/2017 (Brasil, 2017a). Seguida da Portaria nº



544/2018, do MS, que tratou de mais alguns aspectos sobre o CAPS AD IV, e a Portaria nº 2.434/2018 do mesmo ministério, medida que aumentou o valor das diárias de vagas de internação hospitalar para tratamento em psiquiatria de longa permanência (Brasil, 2018a; 2018b).

Ainda em 2018, destaca-se, a Resolução nº 1 do CONAD, esta medida deu início a um realinhamento para a política de drogas no Brasil, haja vista definiu novas diretrizes para a PNAD. Entre as diretrizes estão, 1) a defesa de uma PNAD, que “respeite”, ou poderíamos dizer se alinhe, a oposição de parte da população que se opõe à legalização das drogas no país; 2) a determinação de que, programas, projetos e ações considerem iniciativas de promoção a abstinência; e 3) a determinação de que o fortalecimento da PNAD, incluí o fomento a instituições não governamentais, dando ênfase que as CTs são uma destas entidades que devem ser apoiadas (Brasil, 2018).

Em 2019, outras duas medidas foram criadas no sentido de pôr a frente essas diretrizes. A primeira trata-se do Decreto nº 9.761/2019, que aprovou e oficializou uma nova Política Nacional de Drogas - PNAD, baseada nas diretrizes da Resolução supracitada, e a Lei nº 13.840, que implementou mudanças na legislação que foi promulgada em 2006 (a Lei nº 11.343/2006), no tratamento, prevenção e financiamento das políticas sobre drogas, acomodando e dando suporte às diretrizes previstas na Resolução nº 1/2018 (Brasil, 2019, 2019a).

O caráter regressivo dá-se, quando olhamos essas medidas sob as lentes da direção trazida pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira ao campo da saúde mental.

Em acordo com Passarinho (2022), a atenção psicossocial resultante do movimento de RPB, se ancorou na oposição a contenção das pessoas em manicômios, tanto que no movimento, a primeira mobilização foi a de denúncia dos hospitais psiquiátricos e posteriormente a luta em prol da criação de uma rede de serviços substitutivos a esses. Nesse sentido, o retorno do fortalecimento dos hospitais psiquiátricos, previstos nas primeiras medidas aqui mencionadas, não pode ser vista senão como uma afronta à luta e a atenção psicossocial alcançada com a conquista popular.



No trato das contradições que a entrada do CAPS AD IV representa, destaca-se, a concepção de território que é trazido na lógica de funcionamento desses serviços. Diferente dos outros CAPS, esta modalidade foi pensada para ser instalada especificamente no seio das cenas de uso. Não menos problemático trata-se do retorno de tratamento através de eletroconvulsoterapia, que já havia sido superado. (Passarinho, 2022).

No que se refere às mudanças relativas à política sobre drogas, destaca-se como um retrocesso a ênfase dada à abstinência como estratégia de cuidado. Essa abordagem é reforçada nas últimas medidas sobre o campo das drogas mencionadas, sobrepondo-se à estratégia de Redução de Danos (RD). A RD estava incorporada nos textos oficiais do governo desde a primeira metade dos anos 2000, representando uma conquista significativa. Antes dos anos 2000, a regulação social brasileira “foi sempre na direção de aprimoramento do controle e da repressão” (Brites, 2017, p.133).

Costa (2022) oferece análises contundentes sobre os efeitos das novas medidas. Além de criticar a ênfase na abstinência, o autor aponta que a nova PNAD e a nova Lei de Drogas reintroduzem princípios e modos de compreensão sobre as drogas que antecederam os anos 2000. Segundo o autor, essa abordagem trata as drogas como um mal a ser combatido e defende uma sociedade protegida do uso de psicoativos, reforçando a ideia de que todo uso de psicoativos é inerentemente negativo. Para o autor, essa postura é problemática porque:

serve como argumento de perpetuação da declaração de inimigo internos recorrente no campo, sejam eles as drogas, quem a produz, vende e consome ou os que defendem. Com isso contribuem para camuflar e naturalizar as bases estruturais de nossa sociedade e seu caráter desigual [...]. (Costa, 2022, p.8)

Brites (2017) complementa essa análise ao destacar que a relação dos homens com as substâncias psicoativas é milenar e complexa. Segundo Brites (2017, p.46), “[...] os registros históricos e antropológicos indicam uma prevalência fenomênica dessa prática [...] presente em todas as sociedades e culturas e em todos os contextos históricos.” Essa historicidade revela que o uso de psicoativos tem diferentes motivações e significados,



variando de usos terapêuticos e rituais nas sociedades antigas a usos hedonistas e dependentes nas sociedades contemporâneas.

A autora argumenta que o consumo problemático de drogas é um fenômeno relativamente recente, que não pode ser entendido isoladamente da conjuntura econômica, política, social e cultural. A autora aponta que, a partir do século XIX, o desenvolvimento da química, a constituição da indústria farmacêutica e a consolidação do capitalismo como sistema mundial de mercado impulsionaram o consumo de psicoativos. Nesse contexto, as substâncias se tornaram mercadorias, influenciando hábitos, estilos e comportamentos. Entretanto, em sua análise, é a partir dos anos 60, que o consumo cria novos contornos, o que tem relação com a “[...] perspectiva de controle e repressão dirigidos a determinados grupos e segmentos sociais.” (Brites, 2017, p. 86) Logo, ao focar exclusivamente na abstinência, as novas políticas ignoram essas complexidades.

Quanto às medidas relativas propriamente as Comunidades Terapêuticas, além das entidades serem beneficiadas por dentro de algumas das medidas aqui mencionadas, destacam-se outras medidas mais específicas ao tema. Entre estas, destacamos aqui, a Portaria nº 3.449 em 2018 que instituiu um comitê voltado especificamente para tratar das Comunidades Terapêuticas, no sentido de consolidar normas, diretrizes e estratégias sobre essas entidades (Brasil, 2018c).

Já a partir de 2019, que marca o início de uma mudança contundente no cenário político, teremos a continuidade desse movimento de avanço das CTs, ao tempo dos já mencionados retrocessos no campo da saúde mental, álcool e drogas. São criadas a título de exemplo, é criada a Portaria nº 563 que cria o cadastro de credenciamento das CTs no Ministério da Cidadania, de modo que deixa evidente a ênfase da abstinência em detrimento da estratégia de redução de danos e nesse cenário, a centralidade das CTs nas políticas de saúde mental, álcool e drogas (Brasil, 2019).

Essa centralidade é tanta, que em 2020, acompanhamos a promulgação da Resolução nº 3/2020 do CONAD que regulamentou o atendimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas, público que no Brasil é contemplado como uma das



legislações mais avançadas, ao reconhecê-los como sujeitos detentores de direitos próprios (Brasil, 2020).

Em 2022, por sua vez, temos a publicação do Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas 2022 - 2027 que vai referenciar de modo contundente tais entidades, Brasil (2022). Dentro do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas. As CTs são explicitamente mencionadas e destacadas em diversos aspectos, como no eixo estratégico tem-se: "Fomentar a implementação e execução de políticas públicas de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas", onde as CTs são inseridas como parte fundamental da rede de assistência integrada, pública e privada. Elas são reconhecidas como locais de tratamento, acolhimento, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, questão que reflete a continuidade da política de fortalecimento dessas instituições.

A partir de 2023, mesmo com as modificações políticas, observa-se a continuidade da expansão das CTs e a investida do Estado brasileiro em medidas para fortalecê-las. Um exemplo disso foi a criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas no Brasil, através do Decreto nº 11.329/2023. Posteriormente, esse departamento foi modificado para Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas, mudança de nome motivada pela recepção negativa de diversos setores que emitiram notas de repúdio³.

O avanço das Comunidades Terapêuticas, desde o início dos anos 2000 até a contemporaneidade, representa, senão, uma contradição. A estrutura das CTs, diverge de maneira contundente ao paradigma da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial e das previsões legais supracitadas. Enquanto a reforma psiquiátrica, que aqui eclodiu no final dos anos 1970 trouxe à tona uma transformação no campo da saúde mental, via desinstitucionalização e criação de serviços substitutivos no campo da saúde mental, as

³Para ter acesso na íntegra a resolução do CNS, acesse: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>. Entre os conselhos e movimentos sociais que citamos, estão: o COFEN: <https://www.cofen.gov.br/cns-recomenda-a-extincao-do-departamento-de-apoio-as-comunidades-terapeuticas/>; a ABRASME: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/179604/nota-de-repdio-criao-do-departamento-de-apoio-s-comunidades-teraputicas>; a ABRASCO: <https://abrasco.org.br/decreto-comunidades-terapeuticas/>; e a Destituente: <https://desinstitute.org.br/sobre/>; entre outros.



CTs representam aquilo que se almeja superar, haja vista o caráter fechado e estratificado dessas instituições que usam como estratégia, a retirada das pessoas da sociedade, segregando-as e isolando-os das famílias, da sociedade e dos seus pares.

Além dessa contradição basilar, destacam-se nas últimas décadas, no âmbito desses espaços asilares, a propagação de uma série de irregularidades, como práticas abusivas e violações de direitos humanos. No rol, das práticas abusivas e das violações de direitos humanos encontradas nas duas experiências, destaca-se, a identificação da violação da liberdade religiosa; desrespeito ou o constrangimento à diversidade de orientação sexual e identidade de gênero no âmbito das CTs; a aplicação de sanções e indícios de tortura no âmbito das Comunidades Terapêuticas; o emprego da “laborterapia”, em que se constatou a imposição da obrigação dos internos realizarem tarefas cotidianas de manutenção da estrutura física da instituição, entre outras questões que oferecem subsídios significativos para questionamentos sobre o funcionamento das Comunidades Terapêuticas (CTs), o que se apresenta em relatórios de inspeções realizadas nos anos de 2011 e 2017, e nas reportagens que se avolumam ano a ano.

3. DETERMINANTES DA EXPANSÃO DAS CTS NO BRASIL

Se considerarmos como explicação para o surgimento das CTs a ausência de políticas públicas no âmbito na saúde mental, o que podemos analisar como fatores que explicam essa expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil, como citamos, contrárias aos princípios da Reforma Psiquiátrica? Bem, apesar após os anos 2000 termos importantes transformações no campo da saúde mental, álcool e drogas, em que houve de fato a conquista de uma nova abordagem na política de saúde mental, e a criação de serviços de base comunitária a este campo, esses avanços são limitados.

Costa (2016) observa, em seu período de estudo (2000-2016), que os Centros de Atenção Psicossociais - CAPS, um dos principais equipamentos resultantes das conquistas do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, haviam sido ampliados, no entanto, essa ampliação não ocorreu no ritmo necessário e igual, considerando os vários tipos de CAPS existentes. A ampliação foi lenta e desigual entre os diferentes tipos de serviços.



Conforme o Relatório Brasil (2022), após 2016, essa questão permaneceu. Se no ano do estudo realizado por Costa (2016), a variação percentual do número de CAPS habilitados foi de 6%, o que significa o aumento de 6% no número de CAPS habilitados em comparação a 2015, a partir de 2016, a tendência da variação é de queda no quantitativo de CAPS habilitados no país. Inclusive, no período de 2018 a 2022 tivemos as baixas mais expressivas, onde o número variou apenas em torno de 1%, o que nos deixa na condição de ter no ano de 2022, 2.836 CAPS para um total de 5.569 municípios brasileiros.

A diminuição ano a ano no quantitativo de CAPS criados no país, mantém a acentuada disparidade dos diferentes tipos de CAPS, resultando na prevalência de CAPS do tipo I e II em relação aos demais tipos de Centros de Atendimento. Nessa realidade, os serviços mais escassos são as modalidades que funcionam 24 horas. Em 2022, temos apenas 126 CAPS III, que de fato tem a capacidade de substituir os hospitais psiquiátricos como bem analisou Costa (2016), e 135 CAPS AD III que podem prestar um serviço 24 horas para pessoas com problemas decorrentes do uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas. Para os mais de 5.000 municípios brasileiros, esse número é claramente insuficiente.

Por trás desta questão, temos, entretanto, fatores mais complexos que refletem nesta precarização.

Em primeiro lugar destaca-se aspectos relativos ao ciclo de acumulação da nossa economia dependente e periférica, e a carga tributária brasileira, que trazem implicações a composição do fundo público brasileiro, que como bem define Salvador (2012, p.7):

[...] envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso das suas políticas monetária e fiscal, assim como pelo orçamento público. Uma das principais formas da realização do fundo público é por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida.



De acordo com Salvador e Ribeiro (2023), o ciclo do capital, de maneira geral, ocorre em três fases: circulação, produção e circulação. Ocorre que em nosso país, como nação dependente e periférica, ocorrem processos que refletem na composição do nosso fundo público.

Na primeira fase, que é a circulação, os autores apontam que há a presença do capital estrangeiro como parte do dinheiro que é usado para dar início ao ciclo. Além disso, há também a importação de meios de produção como maquinários e equipamentos. Na segunda fase, que é a produção, destaca-se na realidade do país dependente a realização da superexploração da força de trabalho. Isso diz respeito ao processo em que, em nossa particularidade, são acionados mecanismos de aumento da exploração como, aumento da intensidade do trabalho, prolongamento da jornada ou ainda o rebaixamento dos salários, o que implica diretamente na terceira fase do ciclo que é a circulação. Nessa fase, tem-se a violação do valor da força de trabalho, o que inviabiliza que o consumo da classe trabalhadora se realize, como também a reposição das suas energias físicas e cognitivas para retornar ao processo produtivo, por meio da qual o consumo da classe trabalhadora é impossibilitado de se realizar nos moldes do que ocorre com os trabalhadores dos países de capitalismo central. Trata-se aqui de entender que parte do fundo de consumo dos trabalhadores é apropriado e transformado em fundo de acumulação de capital. O que irá implicar e configurar o consumo de grandes parcelas da população e consequentemente, a composição do fundo público.

A superexploração da força de trabalho tem efeitos perversos sobre a classe trabalhadora do nosso país, destaca-se, a baixa capacidade de consumo diante dos baixos salários. Essa questão respinga na composição do nosso fundo público, haja vista que uma das maiores fontes de arrecadação são justamente impostos sobre o consumo. Pouco consumo resulta em baixa arrecadação, ao implicar na realização das mercadorias.

Conforme os autores, esses processos implicam na composição do fundo público. O Estado perde recursos que deveriam compor o fundo público, dado que o uso de capital estrangeiro e a importação de bens de capital, significa que recursos resultantes do final do ciclo serão utilizados prioritariamente para estornar os empréstimos, financiamentos



e os bens de produção. Logo os recursos que poderiam compor o fundo público são repassados para países imperialistas.

No que trata da configuração da carga tributária brasileira, os autores também refletem sobre como está impacta na composição do fundo público. Tendo por base os números da arrecadação tributária dos municípios, dos estados e da União no ano de 2021, Salvador e Ribeiro (2023), analisam que, no Brasil, temos uma carga tributária regressiva, o que significa que o maior volume dos impostos arrecadados advém das pessoas de renda mais baixa, sendo a participação dos mais ricos do nosso país extremamente discreta.

Isso se expressa diante da prevalência dos impostos sobre o consumo, este diz respeito a mais da metade dos tributos arrecadados. Os bens de consumo são produtos como roupas, alimentos e eletrônicos. Isso implica de modo contundente sobre os mais pobres, haja vista, que são estes que gastam a maior parte de sua renda com o consumo desses bens. Diferentemente, os ricos gastam a maior parte de sua renda com bens que não são tributados no Brasil, como, compras de ações e envio de lucros para o exterior. O que reflete além da baixa arrecadação em desigualdades, tanto da renda, quanto na manutenção do fundo público, que recaem essencialmente sob a responsabilidade dos trabalhadores.

A regressividade também se expressa nas desigualdades sobre a tributação sobre os salários. Os números da carga tributária no Brasil, apontam que há uma sobreposição de impostos da renda dos trabalhadores e baixa tributação ao capital. Os autores destacam inclusive que, “Os donos do capital também não são tributados na condição de pessoas físicas, pois, desde 1996, no curso de um ajuste fiscal permanente, vigora no país a isenção do Imposto de Renda sobre Lucros e Dividendos” (Salvador; Ribeiro, 2023, p. 11).

Os autores chamam atenção que, uma questão problemática que imprime desigualdade na tributação sobre a renda é a defasagem na correção do Imposto de Renda, aponta inclusive que, depois de 2016, pós-golpe sobre a então Presidente Dilma Rousseff (PT), houve uma piora, posto que, “foi interrompida a política de reajuste da tabela do IR que vigorou no período de 2005 a 2014. Com isso há uma queda excepcional na faixa de



isenção do IR sobre os rendimentos do trabalho no Brasil” (Salvador; Ribeiro, 2023, p. 13).

Essas questões reduzem os montantes arrecadados pelo Estado, para a composição do fundo público, o que mudaria se caso a taxação tivesse cunho progressivo, isso refletiria na maior disponibilidade de recursos. Sem falar do peso das renúncias tributárias. Tais questões impactam diretamente nos gastos públicos e sua disponibilidade de investimentos nos serviços de atenção à saúde mental e nas demais políticas públicas.

Em segundo lugar, podemos destacar aqui, como outro fator que reflete na precarização dos serviços públicos no âmbito da saúde mental, a hegemonia do neoliberalismo, ofensiva burguesa da atual fase do Modo de Produção Capitalista. No Brasil, o neoliberalismo, se consolidou como hegemonia em meados dos anos 90, em todas as gestões, que se seguem após os anos noventa.

Entre as principais medidas aplicadas nos últimos 30 anos, destacam-se desregulamentações, privatizações e o afastamento do Estado da área social, que vão sendo implementadas com intensidades diferentes. Conforme Brettas (2020), sobre as políticas sociais, diferente dos processos que se veem nos países de capitalismo central em que o neoliberalismo avançou dismantelando as políticas sociais, aqui ele avança configurando as políticas sociais.

A marca do neoliberalismo, sob as políticas sociais, vem acarretando não só o aprofundamento da focalização e fragilidade das políticas públicas, tendências que são longevas na realidade brasileira, diante da sua real configuração de um país dependente e periférico, mas, incidindo, sobretudo, em ajustes fiscais e cortes permanentes sobre as políticas, como também, produzindo o fenômeno da financeirização. Temos, então, a entrada da lógica de mercado no âmbito das políticas sociais e a transformação de parte do fundo público direcionados ao capital, haja vista o avanço de ações que permitem a apropriação do dinheiro público pelo mercado financeiro, de modo que, recursos públicos são convertidos em capital e transformados em geradores de lucro.



Não menos importante, destaca-se também, sob o jugo neoliberal processos de punção do fundo público, o que se faz expressar especialmente pelos gastos com a dívida pública expressados via transferências de montantes para pagamento de juros e amortizações da dívida, que vem capturando década a década volumosos recursos do Estado, o que reduz o nosso já limitado fundo público.

A relação dessas expressões do neoliberalismo com a expansão das Comunidades Terapêuticas, se fazem no fato de que, tais medidas de desregulamentações, privatizações e ajustes fiscais, resultam no afastamento do Estado de suas funções sociais, e aprofundam os limites de serviços públicos que já tendem a precarização, frente as restrições impostas a composição do fundo público, conforme apresentamos anteriormente.

Essas medidas facilitam a multiplicação de entidades de natureza não estatal, de caráter privativo. As privatizações são marcadas por mudanças nas legislações que pavimentam a aplicação da intervenção das entidades não governamentais sobre as expressões da questão social.

Os efeitos na política de saúde diante dos limites do fundo público e das sucessivas medidas de cunho neoliberal, podem ser analisados diante da condição de desfinanciamento do SUS, que pode ser captado através de estudos como os do IEPS; UMANE (2022), que indicam, retrações de recursos no orçamento da saúde, especialmente após 2012, em que considerando o ano de 2017, o investimento que foi de 3,95% do Produto Interno Bruto -PIB, se distanciando do que seria razoável que é o percentual de investimento na casa de 4,7% do PIB para um funcionamento efetivo do sistema de saúde. Estando o Brasil, com investimentos abaixo da média na referida política, em comparação a outros países que também possuem um sistema público universal de saúde, haja visto que nos outros país, a média é de 7,69% do PIB.

Finalizando o debate, outra questão importante para compreender a expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil, trata-se do conservadorismo no Brasil, que vem se recrudescendo nas últimas décadas em nosso país.

Segundo Souza (2020), o conservadorismo pode ser entendido como uma ideologia da crise. Conforme o autor, a emergência deste se dá no Brasil ainda no período colonial,



em que o país se caracteriza como uma “[...] empresa comercial capitalista caracterizado por um escravismo mercantil fundado na grande exploração rural.” (p. 281).

De acordo com Souza (2020), diferente da realidade de outros países em que o conservadorismo emergiu como uma resposta às revoluções que instituíram novos ordenamentos sociais, políticos, jurídicos e econômicos, representando uma corrente de pensamento e prática política com o objetivo de preservar as estruturas e valores tradicionais, em nossa particularidade, o conservadorismo surgiu em um contexto diverso:

[...] não emerge a partir de uma classe social de herança secular, golpeada por uma revolução que institui outro ordenamento social, político, jurídico e econômico [...] emerge em condições socioeconômicas muito diversas daquelas que deram origem ao conservadorismo clássico. [...] surge em condições históricas de profunda desigualdade social, nas quais as tarefas das classes dominantes não são as da restauração de um passado longínquo, mas a manutenção e ampliação das condições que permitem seu domínio e hegemonia de classe sobre os trabalhadores” (Souza, 2020, p. 294-295).

Isso dá-se diante do fato de que no Brasil, o conservadorismo surge em meio a passagem do Brasil de empresa comercial para a modernização capitalista, o que se procedeu por meio de uma modernização conservadora, não pelas vias clássicas revolucionários, conforme outras nações. Destaca-se que no Brasil, a partir dos anos 30: “[...] houve tensões e conflitos, mas também acomodações com setores sociais enraizados [...] preservação de formas anteriores, extraeconômicas, de comando do capital sobre o trabalho” (Souza, 2020, p. 286)

Souza (2020), destaca que não houve uma revolução burguesa, quando da nossa inserção no mercado capitalista mundial e à nossa posição dependente ao capitalismo imperialista, onde a burguesia preferiu se aliar às velhas classes dominantes e aos segmentos militares. O conservadorismo no Brasil se expressa através da contrarrevolução preventiva que marca esse estágio do desenvolvimento do capitalismo no país e possui traços do capitalismo clássico. O Brasil passa definitivamente ao



capitalismo monopolista em 1950, onde “se atualiza o poder burguês ao mesmo tempo em que a estrutura das classes dominantes apresenta mudanças e continuidades, adaptações e inovações” (Souza, 2020, p. 286).

Entre as principais tendências conservadoras, conforme o mesmo autor, estão: ataques preventivos em defesa do bloco sob o discurso de defesa da ordem; o isolamento das camadas populares das esferas decisórias, reforço das instituições e do Estado como agente ativo do desenvolvimento capitalista. As marcas do conservadorismo no Brasil se manifestam em discursos ideológicos que reproduziu e continua a reproduzir a consciência de classe imediata das classes dominantes, que se manifesta no autoritarismo, no desprezo pelas camadas populares, na hierarquia, na meritocracia, no anticomunismo, no elitismo, no aristocratismo. (Souza, 2020). Associa-se a estes o racismo, o machismo, a homofobia, entre outros.

Souza (2020), destaca que, entre as expressões mais visíveis do recrudescimento da força conservadora no Brasil nas últimas décadas estão a presença e a influência das bancadas parlamentares do boi, da bala e da bíblia no Congresso Federal. Essas bancadas refletem o alinhamento de setores conservadores da sociedade, incluindo ruralistas, defensores de políticas de segurança pública rígidas e líderes religiosos.

Também se revela como uma significativa expressão, a ampliação de representantes de denominações neopentecostais no Congresso Federal, o que tem relação com o rápido enriquecimento de líderes dessas igrejas. Esse fenômeno é impulsionado por práticas como a lógica do “irmão vota em irmão”, onde as igrejas mobilizam seus fiéis para eleger candidatos alinhados com suas agendas. Isso se reflete na crescente presença de políticos que promovem valores conservadores e têm impacto direto na formulação de políticas públicas.

Não menos revelador, trata-se da adoção de amplos setores das camadas populares do discurso conservador, evidenciado pelas expressivas votações de parlamentares com agendas conservadoras. Esse fenômeno é frequentemente estimulado pela pauta policialesca e intimidadora das mídias, que reforçam o medo e a insegurança entre a população, levando-a a buscar soluções conservadoras. Além disso, destacam-se também,



na realidade brasileira, o avanço de preconceitos como racismo, xenofobia, homofobia e machismo, resultando em casos de feminicídio e homicídios variados, bem como a intolerância religiosa, enquanto também manifestações do conservadorismo. Outro elemento que impacta diretamente no avanço das comunidades terapêuticas diz respeito ao negacionismo que permeia o pensamento conservador e que vem ganhando força na ocupação de líderes religiosos e da extrema direita nos espaços políticos.

Esse ambiente conservador favorece diretamente o avanço das Comunidades Terapêuticas. Em primeiro lugar, muitos CTs seguem uma orientação religiosa e adotam uma abordagem moralista/espiritual sobre o uso intenso e indesejado de substâncias psicoativas, alinhando-se à ideologia conservadora dominante. A dominância do conservadorismo, refletida nas práticas e discursos das CTs, facilita sua expansão e legitimação no cenário brasileiro. Além disso, as CTs têm sido favorecidas pelo apoio político do setor conservador que tem crescido. Isso é expresso através da existência de frentes parlamentares que as apoiam. Desde a 54^a Legislatura (2011-2015) foram formadas frentes no Congresso Nacional, refletindo o crescente interesse e comprometimento dos parlamentares em promover e fortalecer as Comunidades Terapêuticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O surgimento e a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil estão eminentemente imbricados às condições da realidade conjuntural. O surgimento das CTs no país se deu em um contexto propício para estas, diante do vazio assistencial no campo da saúde, mental, álcool e drogas, como consequência do descompromisso de um Estado, dependente e periférico. Já a contínua expansão se deu paralelo ao crescimento de serviços públicos no Brasil, que foram conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas, que entretanto, sofrem as implicações das limitações do fundo público brasileiro e da hegemonia do neoliberalismo, diante da restrição de recursos, e da tendência a transferência de responsabilidades que deveriam ser do Estado para a sociedade civil. Outro fator determinante para a expansão dessas entidades é o conservadorismo



presente no país, expresso pelo avanço da direita e extrema-direita no Congresso Nacional. Representantes desses segmentos políticos defendem os interesses das CTs, cujas práticas e ideologias se alinham ao pensamento conservador.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010. Disponível em: <http://dspace.mj.gov.br/handle/1/664>. Acesso em: 9 jul.2023.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>. Acesso em: 9 jul. 2023.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras: Nota Técnica n. 21 (Diest)**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e modifica a Lei nº 7.416, de 3 de janeiro de 1985. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 01 dez.2022.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e dá outras providências. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 01 dez. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera Leis, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas; e revoga dispositivo da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm#:~:text=Art.,drogas%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 02 dez.2022.



BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 563 de 19 de março de 2019**. Cria o cadastro de creden[...]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-563-de-19-de-marco-de-2019-67758457>. Acesso em: 25 mar.2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 51. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf>. Acesso em :25 mar.2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**. Aprovar as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal (Obid). 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-conad-no-1-de-9-de-marco-de-2018>. Acesso em: 9 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). **Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020**. 2020. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/1169>. Acesso em: 9 jul.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 101. 2001a**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html. Acesso em: 07 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução 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. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução CIT nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html. Acesso em: 24 mar. 2023



BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD); Departamento de Ciclos da Vida (Deciv); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps). **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, set. 2022a. 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: 02. mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro [...]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0130_26_01_2012_rep.html. Acesso em: 05 ago.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131**. Institui incentivo financeiro [...]. 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html#:~:text=Institui%20incentivo%20financeiro%20de%20custeio,no%20%C3%A2mbito%20da%20Rede%20de. Acesso em: 05 ago.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 05 ago.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002**. 2002a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em 18 de out. 2022.

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). 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 05 mar.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 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. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 05 ago. 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018**. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0544_20_06_2018.. Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.434 de agosto de 2018**. [...] regajustar o valor das diárias[...]. 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.449, de outubro de 2018**. de 18 de dezembro de 2018. Institui Comitê [...] .2018c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3449_01_11_2018.html. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2022-2027**. Organização: Gustavo Camilo Baptista e Yana de Faria. Brasília, DF: 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf. Acesso em: 30. set. 2024.

BRETTAS, T. **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

BRITES, C. B. **Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

CAVALCANTE, R. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. In: **Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e as implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. 1. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC EDITORA, 2019. p. 245 - 309.

CFP; MNPCT; PFDC/MPF. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 18 maio. 2023.



CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: CFP, 2011. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/>. Acesso em: 18 maio. 2023.

CONECTAS; CEBRAP. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. 2017. Disponível

em: <https://www.conectas.org/publicacao/financiamento-publico-de-comunidades-terapeuticas-brasileiras-entre-2017-e-2020/>. Acesso em: 12 de dez. 2022.

COSTA, P. H. A. “Museu de grandes novidades”: A nova-velha política antidrogas no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 14, n. 39, p. 01–25, 2022. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80052>. Acesso em: 5 jul. 2024.

COSTA, T. C. R. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo**. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós - Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/27636>. Acesso em: 15 nov. 2022.

IEPS; UMANE. Gestão e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro. **Coleção Mais SUS em Evidência**, v. 1. 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/agenda-mais-sus/>. Acesso em 01 de dez. 2023.

LIMA, R. C. C. . Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível?. In: VIEIRA, L. L. F.; RIOS, Luís F.; QUEIROZ, T. N. (Org.). **A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento**. 1.ed.Recife: UFPE, 2016. p. 142-171.

NETTO, J.P. **Pequena história da ditadura brasileira (1964-1985)**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. E-book interativo. 2015. Apoio: Faperj. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/que-e-o-sus-e-book-interativo-o>. Acesso em 20 out. 2023.

PASSARINHO, J. G. N. Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro, n. 49, v. 20, p. 65 - 80.



SOUZA, J. M. A. **Tendências ideológicas do conservadorismo**. Recife : Ed. UFPE, 2020. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/book/71>. Acesso em: 10. jul. 2024.

SALVADOR, E. Fundo Público e o Financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista, [S. l.]**, v. 14, n. 2, p. 4-22, 2012. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263>. Acesso em: 31 jul. 2024.

SALVADOR, E.; RIBEIRO, I.R. Dependência, ciclo do capital e limites do fundo público no Brasil. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v. 146(3). 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/YM4nFBvNCDRZFbKSxM9n6pr/>. Acesso em abr. 2024.