

UFF – Universidade Federal Fluminense
ESS – Escola de Serviço Social
PPS – Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social

LUCAS MOURA SANTOS SILVA

Mal Não Falado, Ecoa:

**As Comunidades Terapêuticas no estado do Rio de Janeiro, da disputa do
fundo público à disputa de um projeto de Psicologia**



Niterói – RJ

Julho de 2026

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

LUCAS MOURA SANTOS SILVA

Mal Não Falado, Ecoa:
As Comunidades Terapêuticas no estado do Rio de Janeiro, da disputa do
fundo público à disputa de um projeto de Psicologia

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social

ORIENTADOR: Rachel Gouveia Passos

Niterói – RJ

Julho/2026

LUCAS MOURA SANTOS SILVA

**Mal Não Falado, Ecoa:
As Comunidades Terapêuticas no estado do Rio de Janeiro, da disputa do fundo público
à disputa de um projeto de Psicologia**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social

Aprovado em 10/07/2026.

BANCA EXAMINADORA

Rachel Gouveia Passos
Prof.^aDr.^a
Universidade Federal Fluminense – Orientadora

Juliana Desidério Lobo Prudêncio
Prof.^a. Dr.^a
Universidade Federal Fluminense – 1^a Examinadora

Pedro Henrique Antunes Costa
Prof. Dr
Universidade de Brasília – 2º Examinador

Tiago Braga do Espírito Santo
Prof. Dr
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – 3º Examinador

Tathiana Meyre Gomes da Silva
Prof. Dr
Universidade Federal Fluminense – 4º Examinador

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M929m Moura, Lucas Santos Silva
Mal não falado, ecoa : As Comunidades Terapêuticas no estado do Rio de Janeiro, da disputa do fundo público à disputa de um projeto de Psicologia / Lucas Santos Silva Moura. - 2026.
154 f.

Orientador: Rachel Gouveia Passos.
Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, Niterói, 2026.

1. Atenção Psicossocial. 2. Política de Drogas. 3. Comunidades Terapêuticas. 4. Psicologia. 5. Produção intelectual. I. Passos, Rachel Gouveia, orientadora. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD - XXX

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

AGRADECIMENTOS

Cedo aprendi que tudo o que fazemos que realmente tem sentido é feito em coletivo e, ainda que a vida na coletividade seja um dos meus maiores desafios, eu apenas *sou* porque sou em **coletivo**. E aqui agradeço a todos os que fizeram parte desse processo. Agradeço primeiramente à Orisá, por ter me dado a oportunidade de aprender a lutar as boas lutas, a travar as justas batalhas, sempre com temperança e parcimônia. Êpa babá!

Esse trabalho foi uma forma de eu me aproximar das minhas origens, daqueles que vieram antes de mim, de recuperar a memória dos que pisaram nesse chão para que eu pudesse recuperar suas vozes hoje, foi uma forma de me conectar com minha identidade, de me racializar, de me entender como neto, sobrinho, filho, irmão. E, por isso, agradeço ao meu pai, Waldir. Este trabalho foi uma forma de eu entender que minha principal referência sempre esteve debaixo do mesmo teto que eu. Agradeço à minha mãe, Rosana, por ter me ensinado tudo que eu sei com amor e ternura e, principalmente, por ter me ensinado que nós existimos primeiro conosco e depois para o outro. Agradeço imensamente à minha irmã, Rafaela, a quem não vejo há quase quatro anos, por ter sido porto seguro por toda a minha vida e ter me ensinado o significado de cuidado, afeto e amor. Agradeço ao irmão que a vida me presenteou, Jean, por me provar que família é uma escolha e me ensinar todo dia a como ser uma pessoa melhor e que, independentemente das minhas escolhas, eu não estou sozinho. Agradeço ao Lenin, meu gato, por todo o suporte emocional e psíquico.

Agradeço aos meus amigos, parte fundamental deste trabalho, por terem sido minha sustentação contínua nesse processo. Agradeço à Rafa Torres, minha amiga pessoal, a quem sempre pude confiar que me mostraria o caminho quando as vendas do racismo recobrissem meus olhos. À Mônica, por me ensinar que a nossa potência de vida não se encerra em nossos limites, e sim é construída por eles. À Giulia, pela constante parceria, afeto e troca que possibilitou que esse trabalho fosse ainda mais potente. Ao Bruno, pela confiança e cumplicidade e por todo o suporte nos momentos em que não tive como me sustentar em minhas próprias pernas. À minha querida orientadora, Rachel, por toda a parceria, afeto, perturbação, puxões de orelha e, acima de tudo, por ter confiado em mim quando nem eu mesmo fui capaz. E a toda a equipe do Luta Antimanicomial e Feminismos.

A todos os amores que fiz pelo caminho, a todos os amores que deixei pelo caminho para que os novos pudessem chegar, a todos que me acolheram, que me fizeram rir, refletir e sentir que o mundo e a escrita não precisam ser tão solitários, vocês fazem parte disso e, por isso, os agradeço imensamente.

RESUMO

O presente trabalho busca compreender a dialética relacional entre a Psicologia Brasileira e as Comunidades Terapêuticas, materializada no trabalho do psicólogo em Comunidades Terapêuticas do estado do Rio de Janeiro. Para tanto, resgatamos, nas teorias marxianas, os processos de acumulação do capital e constituição do Estado burguês, bem como as transformações que o sistema capitalista produz sobre as drogas até a formulação do proibicionismo enquanto política de Estado e da Guerra às Drogas, tendo a raça como espinha dorsal. Retomamos ainda os modelos de Comunidade Terapêutica pelo mundo e a conformação que essas entidades tomam ao chegar ao Brasil, por volta da década de 1970, e como essas atravessam as distintas políticas de saúde mental, álcool e drogas no país, até atingir, em 2019, o centro da política social de drogas. Reconstruímos o movimento entre Psicologia e Políticas Sociais, a partir do Projeto pelo Compromisso Social da Psicologia e da permissividade do Sistema Conselhos de Psicologia com a atuação profissional nessas instituições de violência. Pela orientação do materialismo histórico-dialético, aliado à ferramenta da interseccionalidade, essa pesquisa resgata os contextos históricos da formulação da política de drogas brasileira e sua interface com a Psicologia, construindo-se enquanto uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, com uso complementar de dados quantitativos.

Palavras-chave: Trabalho; Psicologia; Comunidades Terapêuticas; Guerra às Drogas; Compromisso Social.

ABSTRACT

The present work seeks to understand the relational dialectic between Brazilian Psychology and Therapeutic Communities, materialized in the work of the psychologist in Therapeutic Communities in the state of Rio de Janeiro. To this end, we retrieve from Marxian theories the processes of capital accumulation and the constitution of the bourgeois State, as well as the transformations that the capitalist system produces regarding drugs, leading up to the formulation of prohibitionism as a State policy and the War on Drugs, having race as its backbone. Furthermore, we revisit the models of Therapeutic Communities around the world and the conformation these entities assume upon arriving in Brazil around the 1970s, and how they traverse the distinct mental health, alcohol, and drug policies in the country until reaching, in 2019, the center of the social drug policy. Reconstructing the movement between Psychology and Social Policies, based on the Project for the Social Commitment of Psychology and the permissiveness of the Psychology Councils System regarding professional practice in these institutions of violence. Guided by historical dialectical materialism, allied with the tool of intersectionality, this research retrieves the historical contexts of the formulation of the Brazilian drug policy and its interface with psychology, being structured as a qualitative research, of a bibliographic and documentary nature, with the complementary use of quantitative data.

Key-words: Work; Psychology; Therapeutic Communities; War on Drugs; Social Commitment.

LISTA DE ABREVIACÕES

2ª GM - 2 Guerra Mundial
8 CNS - 8ª Conferência Nacional de Saúde
AA - Alcoólicos Anônimos
ABEAD - Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
AI5 - Ato Institucional nº 5
ALC - América Latina e Caribe
ALERJ - Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CESeC - Centro de Estudos de Segurança e Cidadania
CID 11 - Código Internacional de Doenças, 11ª edição
CF88 - Constituição Federal de 1988
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAR - Consultório na Rua
CRP - Conselho Regional de Psicologia
CREPOP - Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas
CONAD - Conselho Nacional sobre Drogas
CONANDA - Conselho Nacional sobre Direitos da Criança e do Adolescente
CONFENACT - Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas
CPV - Crack é Possível Vencer
CSM - Centro de Saúde Mental
CT - Comunidade Terapêutica
CT-AD - Comunidade Terapêutica Álcool e Droga
DEPAD - Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas
DESMAD - Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
DSM 5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição
DSS - Determinação Social em Saúde
DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos
EC - Emenda Constitucional
ECT - Eletroconvulsoterapia
EPN - Economia Política do Narcotráfico
ERJ - Estado do Rio de Janeiro
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FEBRAC - Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FUNAD - Fundo Nacional Antidrogas
HG - Hospital Geral
HP - Hospital Psiquiátrico
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queer, Interssexual, Assexual, Pansexual, Não Binários e demais
MEI - Microempreendedor Individual

MEPCT - Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura
MC - Ministério da Cidadania
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social
MJ - Ministério da Justiça
MPF - Ministério Público Federal
MRP - Movimento de Reforma Psiquiátrica
MRS - Movimento de Reforma Sanitária
MS - Ministério da Saúde
MTSM - Movimento Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental
NAVeS - Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde
PCI - Partido Comunista Italiano
PCSP - Projeto do Compromisso Social da Psicologia
PEC - Projeto de Emenda Constitucional
PNAD - Política Nacional sobre Álcool e Droga
PLANAD - Plano Nacional de Política sobre Drogas
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RMRJ - Região Metropolitana do Rio de Janeiro
RP - Reestruturação Produção
RPA - Recibo de Pagamento de Autônomo
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT - Responsável Técnico
SAMU - Serviço Automotivo de Urgência
SATEPSI - Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SCP - Sistema Conselhos de Psicologia
SEDSODH - Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SENAPRED - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção à Drogas
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
STF - Supremo Tribunal Federal
SWS - *Social WelfareState*
UAA - Unidade de Acolhimento Adulto
UAI - Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Evolução do Financiamento de Comunidades Terapêuticas pelo Governo Federal (2018–2021)

Tabela 2: Financiamento de CTs no Estado do Rio de Janeiro entre 2019 e 2022

Tabela 3: Emendas Parlamentares Federais dispensadas entre 2019 e 2022.

Tabela 4: Dispositivos da RAPS ERJ.

Tabela 5: Documentos do Sistema Conselhos de Psicologia

A sociedade, ao contrário dos processos bioquímicos, não escapa à influência humana. (Frantz Fanon)

SUMÁRIO

Introdução - O Começo	12
CAPÍTULO I - Nova Ordem Mundial: Estado, Capitalismo e as Drogas	20
1.1 Capitalismo, Estado e proibicionismo	21
1.2 Fundamentos das Comunidades Terapêuticas: método, dispositivo e as experiências internacionais	34
1.3 A chegada das Comunidades Terapêuticas no Brasil	44
CAPÍTULO II - As Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil	50
2.1. Historicizando as Políticas de Saúde Mental, Álcool Drogas no Brasil	51
2.2. O Caminho Institucional das Comunidades Terapêuticas na política do Brasil	65
2.3 Tipificando a Comunidade Terapêutica Brasileira	78
2.3.1 Instituições de Violência: do que falamos quando tratamos sobre Comunidades Terapêuticas	79
2.3.2 Do bucólico ao centro do poder: apropriação dos territórios fluminenses	81
2.3.3 O Som do Silêncio, a apropriação institucional das CTs: financiamento, crise do capital e a contrarreforma	87
CAPÍTULO III - O Trabalho do Psicólogo nas Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro	94
3.1 Ecos do não Dito: Revisão de Normativas de Orientação e Fiscalização do Trabalho do profissional de Psicologia e seus espaços de atuação	99
3.2. Trabalho, Psicologia e a Disputa: A implicação das Comunidades Terapêuticas como espaço sócio-ocupacional	116
3.2.1 Concepção de Trabalho e a Reestruturação Produtiva	116
3.2.2 A reorientação da Psicologia Brasileira e o Projeto do Compromisso Social	119
Algumas Considerações - O Começo depois do Meio	138
BIBLIOGRAFIA	142

Introdução - *O Começo*

A presente pesquisa se trata de um estudo voltado a compreender a relação dialética que se constrói entre a Psicologia brasileira [“ciência e profissão”] e as Comunidades Terapêuticas no estado do Rio de Janeiro, dentro do cenário de disputas que se estabelece entre esses *entes*. A empreitada do campo das Comunidades Terapêuticas sobre a política de drogas se atualiza e se refina desde que essas instituições chegam ao Brasil. Compreender os caminhos pelos quais percorreram e ainda percorrem nos dá algumas pistas de como e por que se estabelece uma relação dialética entre essa classe profissional e essas entidades, bem como as distintas disputas por projetos político-societário-econômicos que se constituem e materializam a partir dessa relação. A construção histórico-crítica do objeto Comunidade Terapêutica, da Política de Saúde Mental, Álcool e Drogas no Brasil, bem como da Psicologia brasileira, forma o tripé onde se assenta a presente pesquisa.

Iniciamos apontando que o objeto de estudo foi alterado algumas vezes durante o decorrer do mestrado, até chegar à forma final que apresentamos aqui, e acreditamos que um determinante central foi a fala do Ministro Wellington Dias na *live* de lançamento do relatório do NAVEs, encomendado pelo Ministério do Desenvolvimento Social, sobre a avaliação das Comunidades Terapêuticas financiadas pelo edital 08/2023. Nessa ocasião, ao deparar-se com os dados, o ministro disparou, ironizando a posição dos conselhos de classe de Psicologia e Serviço Social, alegando que “os conselhos se colocam duramente contra as CTs, contudo a base de suas classes está amplamente presente nas instituições”. Daí nos colocamos a refletir sobre essa categórica afirmação e as nuances que a atravessam.

Todavia, existe um percurso de vida pessoal, profissional e acadêmica que aproxima a temática da política de saúde mental, álcool e drogas, as Comunidades Terapêuticas e a Psicologia, que atravessam e modulam o desejo e permitem que essa pesquisa aconteça. Para além de ser filho e neto de profissionais de saúde que construíram o Sistema Único de Saúde desde sua fundação, também carrego comigo as marcas do manicômio (os velhos e os novos), seja pelas violências sofridas por familiares ao serem internados nessas instituições, seja pelo trabalho tocado por outros familiares na condução da Reforma Psiquiátrica. Por uma via ou por outra, decerto **nossos passos vêm de longe**. Desde a graduação em Psicologia, a afinidade com o campo da saúde era evidente, tendo passado pela atenção básica, atenção psicossocial e ambulatorial, em unidades municipais, estaduais e federais. O trabalho em saúde fez e faz parte central da minha formação

Foi, porém, a partir de um estágio realizado no ambulatório de álcool e drogas do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (PROJAD/IPUB/UFRJ) que o interesse pelo campo AD é plantado e, já no trabalho de conclusão de curso, exploro essa política e sou apresentado às instituições chamadas *Comunidades Terapêuticas*. Nessa mesma época, passo a integrar o projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos da Escola de Serviço Social da UFRJ, coordenado pela Prof^a Dr^a Rachel Gouveia Passos, com quem aprendo sobre o cuidado em saúde mental em perspectiva interseccional e a disputa por uma reforma psiquiátrica radicalmente antirracista e anticapitalista.

A experiência do *Censo Psicossocial dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro*, no qual pude participar do início ao fim e estar à frente do trabalho de campo, permitiu uma visão mais ampla do funcionamento da RAPS desse estado, seus meandros, seus entraves, suas potencialidades e seus desvios, dentre eles os que permitem que aspirações como as que orientam o campo das Comunidades Terapêuticas compartilhem. Além disso, o trabalho na RAPS do estado do Rio de Janeiro, através da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, ou EAP-Desinst, proporcionou uma outra perspectiva sobre instituições asilares e o processo de desinstitucionalização fluminense. Todas essas experiências tiveram parte crucial na aproximação com o tema, com as perspectivas aqui elaboradas e com as análises aqui construídas. Isto posto, apresentamos devidamente a pesquisa.

No que diz respeito ao arcabouço teórico-metodológico, a pesquisa se vale do materialismo histórico-dialético, a partir das contribuições da Crítica da Economia Política, bem como de outras literaturas marxianas, sendo o método mais adequado para analisar os fenômenos em sua completude e complexidade geral, para além da dicotomia sujeito × objeto. O método histórico-dialético vai partir da realidade material para a compreensão dos fenômenos, não se prendendo ao fenômeno *per se*, mas também buscando sua essência, compreendendo o real em constante movimento e contradição, e que os sujeitos constroem a História em ato, a partir do momento em que nascem e interagem com a natureza, modificando-a e sendo modificados por ela (Messias *et al*, 2023; Pires, 1997; Nunes Junior, 2017; Marx, 2011).

Aliado ao método em Marx, utilizamos, nessa pesquisa, a Interseccionalidade enquanto ferramenta de apreensão e intervenção no real, junto de Collins e Bilge (2021) e Passos (2023). Partimos da compreensão de Interseccionalidade proveniente das lutas dos movimentos feministas negros estadunidenses que fortificam o pensamento de teóricas como Angela Davis, que defendia que raça, gênero e demais marcadores sociais eram peças

fundamentais da ordem capitalista e, por isso, indissolúveis em uma análise da completude. O emprego dessa ferramenta, então, vai de acordo com o que Passos (2023) compreende como a complexificação do sistema opressivo capitalista, em que gênero, raça, sexualidade, ou melhor, as violências geradas por esses marcadores, a misoginia e o racismo, são engrenagens do funcionamento da sociedade de classes. Nesse sentido, a partir desses sistemas de violência, o capital vai gerar novas formas de operar opressões e violações mesmo dentro de uma mesma classe, complexificando o ordenamento capitalista (Passos, 2023). Isto posto, importa dizer que é pela análise interseccional que, nesta pesquisa, optamos por utilizar o analisador de raça como espinha dorsal das elaborações que fazemos aqui, uma vez que entendemos que é a raça o ponto de encontro principal entre os debates de Estado, Drogas, Loucura, Trauma Psicossocial Colonial e as Comunidades Terapêuticas.

No que compete à metodologia utilizada para a execução da presente pesquisa, nos dispomos de pesquisa bibliográfica (Lima; Miotto, 2007) sobre literatura que aborda as temáticas centrais desta pesquisa, bem como temas auxiliares, indo desde produções que tratam sobre a política de drogas no Brasil e Comunidades Terapêuticas até mesmo bibliografias sobre política social e formação territorial sócio-histórica do estado do Rio de Janeiro. Dessa forma, utilizamos livros, artigos, coletâneas e relatórios publicados entre o período de 2017 a 2025, em português, resgatando o material a partir das plataformas Sucupira, SciELO e do Portal de Periódicos da CAPES, e algumas revistas de base, como a Argumentum, a Revista de Políticas Públicas, Ciência & Saúde Coletiva, Serviço Social & Sociedade, dentre outras.

Também lançamos mão de pesquisa documental voltada a legislações, portarias, notas técnicas, editais e demais normativas que versam sobre a organização da política de saúde mental, álcool e outras drogas brasileira, Comunidades Terapêuticas e editais de cadastro e fomento a tais entidades, além de orientações técnicas do Sistema Conselhos de Psicologia, como resoluções e referências técnicas lançadas pelo CREPOP. Demais documentos que foram explorados pela pesquisa são as legislações de drogas, como a Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006) e a Lei nº 13.840/2019 (Brasil, 2019), a Resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Drogas (CONAD, 2015), a Resolução RDC nº 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2011), o Relatório do Monitoramento das Entidades de Apoio e Acolhimento atuantes em Álcool e Drogas (2023-2024), os documentos produzidos e disponibilizados pela Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental sobre o financiamento de Comunidades Terapêuticas via emendas, dentre outras. Trata-se, portanto, de pesquisa

qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, com uso complementar de dados quantitativo.

Minayo (2007) descreve as fases da pesquisa científica qualitativa em três momentos distintos, sendo eles: fase exploratória, trabalho de campo, análise e tratamento dos dados documentais. Isto posto, a fase exploratória, que consiste basicamente na organização e planejamento da pesquisa, delimitação do objeto e elaboração de um cronograma, bem como da escolha dos procedimentos exploratórios, foi realizada de modo a levantar material bibliográfico e documental de interesse da pesquisa, como, por exemplo, literatura sobre política de drogas, Comunidades Terapêuticas, Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, além de autores marxianos e teorias interseccionais, além de portarias e legislações sobre saúde mental, álcool e drogas, Reforma Psiquiátrica, cuidado na atenção psicossocial e normativas da autarquia que regulamenta o exercício profissional da Psicologia.

A bibliografia mais específica sobre Comunidades Terapêuticas, no âmbito brasileiro, que traz dados quanti e qualitativos, passou por uma filtragem cronológica, abarcando a partir de 2017, tendo como marco a Nota Técnica 21 do IPEA, até o fim de 2025, tendo como última produção o relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas produzido pelo MNPCT. Quanto ao hall normativo do Sistema Conselhos de Psicologia, foram levantadas resoluções, notas técnicas e referências técnicas publicadas entre 1999 e 2025, todas abordando aspectos técnicos e éticos no trabalho geral do profissional de Psicologia ou junto a populações vulnerabilizadas, pensando os marcadores sociais da diferença, como população negra, LGBT, população em situação de rua e afins.

Quanto ao trabalho de campo, uma vez que não houve um trabalho de campo empírico na presente pesquisa, consistiu exatamente na revisão e análise de todo o material produzido pelo ou em parceria com o Sistema Conselhos de Psicologia, sendo normativas ou relatórios de inspeção a Comunidades Terapêuticas onde atuavam profissionais da área. Quanto à análise e tratamento de dados documentais, foram realizados de acordo com o que Minayo (2007) indica como os principais passos: ordenação, classificação e análise propriamente dita dos dados, e, a partir desses dados, foi possível trazer à presente pesquisa com mais acurácia o que o hall normativo, bem como os dados de inspeção e relatórios afins, apontam mais diretamente para o trabalho dos profissionais de Psicologia e eventuais implicações ético-políticas com o que rege a atuação profissional. A autora aponta essa fase exatamente como a que permite a maior apreensão do objeto ou do grupo que se estuda, a partir de sua lógica peculiar e interna, desvendando códigos sociais a partir do que o material aponta (Minayo, 2007).

Compreendemos aqui as Drogas como um objeto trans-histórico, tendo distintas relações com os seres humanos ao longo das eras, que se modificam conforme os homens modificam a natureza (Carneiro, 2002). Como ponto de virada, temos os processos da Acumulação Primitiva do Capital (Marx, 2011) como o evento que marca o início da gestação do capitalismo enquanto sistema produtivo, ainda no seio dos estados absolutistas feudais, que, tendo como base a mercadorização de todas as coisas, também torna a droga mercadoria. E, uma vez tornadas mercadorias, as drogas ganham destaque no sistema do capital não só como uma das mercadorias comercializadas, mas como uma das mais rentáveis e objeto de grandes e importantes guerras, como as Guerras do Ópio (Rodrigues, 2024). É justamente no ciclo de guerras entre a Coroa Britânica e o Império Chinês que temos algumas pistas da relação entre drogas, Estado, capitalismo e raça. Movimentadas pela disputa da rota de tráfico de ópio pela Ásia Central até a China, em uma investida do Império que dominou $\frac{2}{3}$ do globo terrestre para equilibrar sua balança econômica, a escolha pela nação asiática não foi à toa, tendo a batalha gerado o primeiro vislumbre de política de controle de droga e transformado o mercado de ópio em um dos mais rentáveis da época.

Quando Marx (2011) nomeia a primeira acumulação de capital como “primitiva”, ele também deixa claro que a adjetiva dessa forma por ter sido pautada pela barbárie, espoliação e violência, barbárie essa direcionada aos países da América, África e Ásia, não se dando no velho continente, deixando claro que um dos critérios organizadores da acumulação capitalista é a raça. E, entendendo que todo Estado está necessariamente alicerçado em um modelo produtivo que organiza suas bases, temos que o Estado burguês — em todas as suas modulações — está racialmente orientado na implementação da ideologia da classe dominante, sendo esta, no Ocidente, a branquitude (Fanon, 2020).

Chegando ao Brasil, observamos também uma íntima relação do Estado com a raça, que leva a uma relação também com as drogas. Souza (2024) e Cáceres (2020) vão falar sobre os regimes de visibilidade do corpo negro no Brasil recém-independente que, ao abandonar a escravidão, vão tutelar o negro recém-liberto através do direito penal e do alienismo psiquiátrico, imbuídos do higienismo e da eugenia, construindo semelhança das figuras do negro e do louco com a periculosidade. Os autores vão falar ainda do Manicômio e da Prisão como as instituições centrais dos instrumentos de tutela dos corpos negros, como pilares do regime antinegro que se constrói no Brasil imperial e se atualiza na República, onde o corpo, os costumes e os símbolos do negro são constantemente criminalizados e manicomializados. É nesse caminho de manicolonialização (David *et al.*, 2024) do mundo do negro que se chega à criminalização das drogas no Brasil, não ainda como prelúdio do que

viria a ser o proibicionismo e a Guerra às Drogas, uma guerra aos negros que se vale da narrativa do combate às drogas para vitimizar o *Outro* negro (Kilomba, 2019).

Observamos, na virada do século XX, em meio à crise do capital, uma reorganização do Capital Internacional, que assume sua fase monopolista ou imperialista (Lenin, 2017), em que já não há novos territórios para expansão capitalista; então, a acumulação se faz a partir da garantia de zonas de influência. Paralelo a isso, observamos os EUA gestando políticas domésticas que, em pouco tempo, se tornam globalizadas, de controle e proibição da produção, venda e consumo de drogas e entorpecentes, organizando uma cruzada global contra as “drogas” que se organiza em 2 frentes de atuação: a criminalização do dito traficante e a moralização e tratamento compulsório do lido como usuário. É no interregno da declaração e deflagração da *Guerra às Drogas* que observamos a chegada das primeiras Comunidades Terapêuticas no Brasil, por volta da década de 1970, no interior do país e com forte relação religiosa cristã.

Nos dedicamos, então, a compreender mais a fundo do que se trata quando falamos em Comunidades Terapêuticas, apresentando distintas concepções, como a de modelo e método da CT AD dos Estados Unidos, descrita por De Leon (2014), da Comunidade Terapêutica como dispositivo na Inglaterra, tocada por Jones (1972), e como uma possibilidade de alternativa ao manicômio moderno nas tentativas de reforma na Europa, com a experiência de Basaglia (1985) em meio à sua busca por reformar o manicômio de Gorizia. Apresentando as nuances de cada uma das organizações que levam a terminologia de Comunidade Terapêutica, do que se valem, como se estruturam, em que contexto surgem, a qual horizonte se guiam e a quem atendem. Com esse resgate, é possível compreender que as Comunidades Terapêuticas que chegam ao Brasil têm forte influência da CT AD que De Leon (2014) descreve, enquanto um dispositivo em sua maioria sem equipe técnica em saúde, imbuída das técnicas de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, dos 12 passos, de ajuda mútua, com viés empresarial de “crescer” dentro da CT até se tornar monitor, todas orientadas pela abstinência e, em algum grau, à espiritualidade e ao trabalho.

Se tratando de um estudo marxista, o contexto sócio-histórico e econômico é essencial para uma análise que se propõe à totalidade; assim, compreendemos, junto de Cavalcante (2019), o momento de chegada dessas instituições no Brasil e seu fortalecimento. É sob a falta de existência do Sistema Único de Saúde, em uma organização do setor saúde extremamente hospitalocêntrica e de cidadania regulada pelo mercado de trabalho, em que a população em geral ficava quase totalmente à mercê da filantropia das santas casas, que essas instituições se expandem no Brasil.

Ao historicizar as políticas de saúde mental, álcool e drogas no Brasil, compreendemos uma tendência importante de diferenciação categórica entre usuários e traficantes, bem como nas condutas a que cada uma dessas categorias será submetida, que se repete nas legislações de drogas no Brasil desde o início do século XX. No percurso histórico que traçamos no segundo capítulo, podemos observar a influência do proibicionismo estadunidense e sua incorporação na política nacional de drogas, enrijecendo as condutas do direito e da segurança pública brasileiras a partir da década de 1970, justamente quando atravessamos os anos de chumbo da Ditadura Empresarial-Militar. Com a redemocratização, os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, observamos os ventos de mudança da organização do Estado brasileiro chegarem ao setor saúde, garantindo a ideia de seguridade social como direito básico e inerente a todos os cidadãos, passando a ser o que sustenta o Sistema Único de Saúde, bem como sustentando o movimento de fechamento dos hospitais psiquiátricos em prol do cuidado em liberdade e no território, que também ajuda a frear possíveis avanços das CTs na política brasileira.

Ainda foi possível observar, paulatinamente, essas entidades galgando cada vez mais espaço na política institucional nacional, ainda que, após a aprovação da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), constate-se que, após a Lei de Drogas de 2006 (Lei nº 13.343/2006), se abrem algumas brechas para essas instituições, que vão entrar para o cenário da política de drogas efetivamente em 2010, com o programa Crack é Possível Vencer (Weber, 2021). A partir daí, o campo vai tendo outras várias vitórias contundentes, sendo orientadas pela RDC 29/2011 da ANVISA, compondo a Portaria 3088 de 2001 que consolida a RAPS, regulamentadas pela Resolução 01/2015 do CONAD e, por fim, alçando espaço central na política social de drogas no Brasil com a Lei nº 13.840/2019, que edita a Lei de Drogas de 2006. O ano de 2019 é um marco central para as CTs no Brasil; é no governo Bolsonaro que essas instituições passam a receber um volume de financiamento maior do governo federal, pelo Ministério da Justiça e pelo da Cidadania, cenário que seguimos observando no governo Lula III pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Buscando compreender ainda mais a fundo como se dá o *modus operandi* dessas instituições, que permitiu que atingissem, em cerca de duas décadas de disputa institucional, um lugar de tanto destaque, nos voltamos a compreender como agem as Comunidades Terapêuticas no estado do Rio de Janeiro. Quais suas propostas de terapêutica, onde se localizam nos territórios e por que são esses os territórios escolhidos, abordando a disputa do fundo público (Prudêncio; Passos, 2023), suas consequências, bem como apontando esse movimento como expressão da Crise Estrutural do Capital, símbolo da Contrarreforma

psiquiátrica e sintomas da Blindagem da Democracia brasileira (Mészáros, 2000; Souza; Dias, 2023; Duriguetto; Demier, 2017). É nessa busca pelo fundo público e entrada na política institucional que se dá o que parece ser uma disputa do campo das CTs pelo projeto ético-político da Psicologia brasileira, ao disputar os profissionais dessa classe para o trabalho nessas entidades.

No terceiro e último capítulo, nos dedicamos a refletir sobre a categoria Trabalho nas teorias marxistas e marxianas, bem como a compreender as perspectivas de trabalho em saúde e que orientam a Psicologia, fazendo um resgate do movimento denominado “Projeto pelo Compromisso Social da Psicologia” (PCSP), que nasce a partir dos questionamentos da função social da profissão e da crise da Psicologia Social em meio à ditadura, quando os saberes psi eram base do regime ditatorial e ponta de lança da implantação do projeto das elites que compunham a burguesia nacional (Silva; Carvalhaes, 2016; Moura; Paz; Silva, 2025; Bock *et al.*, 2022; Yamamoto, 2007; Costa; Mendes; Pinto, 2023). Com a retomada das disputas políticas que formam a Psicologia e o Sistema Conselhos como conhecemos hoje, é possível compreender a direção política que orienta a elaboração dos documentos que nos dedicamos a revisar nesta pesquisa, apontando, no fim, para um questionamento central: Se, com tantas produções do Sistema Conselhos críticas às Comunidades Terapêuticas, como ainda somos tão numerosos nessas instituições? Sem necessariamente o objetivo de responder a isso, tampouco de esgotar as possibilidades de resposta, trazemos algumas reflexões sobre o passado e o presente da Psicologia, sua gênese europeia e o parentesco com o alienismo, bem como apresentando desafios do tempo presente que podem auxiliar na construção de uma relação dialética entre Psicologia e Comunidades Terapêuticas, em que se cria uma relação inescrupulosa de codependência entre elas.

No caminho de encerrar nossas análises, resgatamos *Aquilo que Resta* do delegado dessa relação amistosa e deturpada entre CTs e Psicologia, que é construída com o aval dos grupos políticos que regem a “ciência e profissão”, para as políticas de drogas, as políticas sociais e a própria sociedade brasileira, onde as partes desse *pacto* se retroalimentam na manutenção da ordem burguesa e do trauma psicossocial colonial. Todavia, com Nego Bispo aprendemos que somos “Começo, Meio e Começo” e, para um novo começo, deixamos ao leitor — a nós mesmos também — pistas de novas elaborações, novas investigações, novas possibilidades de respiro e encantamento que têm no fim do túnel não uma luz, mas *A Queda do Céu* e o rompimento com ideias para adiar um fim do mundo (Krenak, 2019).

CAPÍTULO I - Nova Ordem Mundial: Estado, Capitalismo e as Drogas

Inicialmente, é necessário olhar o que se convencionou chamar de “drogas” de forma ampliada, compreendendo o termo como todas as substâncias externas que produzem efeitos de alteração psicossomática no corpo humano. E nisto se englobam as drogas produzidas e comercializadas pela indústria farmacêutica, álcool, tabaco, açúcar, chá, chocolate, maconha e derivados, cocaína, ópio, sintéticos e demais substâncias ilegalmente comercializadas (Carneiro, 2002). Isso posto, demarco aqui que o uso de drogas se fez e faz presente em quase todas as civilizações humanas, remontando à tenra história da humanidade, com diversos fins, como manejo da dor, cerimonialismo e fins religiosos (Carneiro, 2002). O uso de tais substâncias é uma necessidade humana; recorrendo à teoria marxista, é a partir da identificação das necessidades humanas, sejam as básicas ou derivadas, que se constroem os meios para satisfazê-las (Carneiro, 2002). Além de localizadas temporalmente, as drogas também atravessam a História, aqui compreendida como um contínuo processo de desenvolvimento de forças produtivas e relações de produção (Nunes Júnior, 2017), atravessando distintos modos de produção e organizações societárias, as quais estabelecem distintas relações epistêmicas e cosmológicas com as substâncias às quais hoje chamamos de “drogas”.

Há, no entanto, um ponto de virada na relação homem x drogas no mundo ocidental que afeta o restante do mundo. Ainda nos séculos XV e XVI, a invenção da vela e da bússola revolucionam a tecnologia náutica e promove o que fica conhecido como as Grandes Navegações, investidas marítimas de expansão da influência comercial do Velho Continente. Nesse processo, as nações que hoje conhecemos como Holanda, Inglaterra, França e, principalmente, Portugal e Espanha¹ se lançam a expandir suas rotas de comércio em direção à Ásia, África e América. Esse processo de expansão e acumulação é o que Marx demarca como Acumulação Primitiva do Capital (Marx, 2011), no capítulo “A Assim Chamada Acumulação Primitiva do Capital”, do Livro I d’*O Capital* — ao qual me aterei mais atentamente em breve —, descrita pelo autor como o processo primeiro de acumulação de riquezas pelos países europeus, ainda sob a formação de Estados feudais e absolutistas, que dá origem ao capitalismo enquanto sistema produtivo.

¹ À época, nenhum desses Estados-nação tinha sofrido suas unificações, sendo representados por Estados absolutistas e suas respectivas Coroas nesse processo.

A acumulação primitiva, ao passo que modifica a relação do homem com o espaço e com seus pares, também modifica suas relações com as drogas. Estas, que outrora eram de necessidade de cura, ritualística e até mesmo prazer, passam a uma relação econômica. Isto é, o capitalismo, já em seu engatinhar, transforma as drogas em mercadoria, tornando-as possivelmente a mercadoria que mais se perpetuou na sociedade capitalista, globalizada ou não. A transformação de drogas em mercadoria movimentou a formação de importantes mercados de consolidação dos Estados europeus, mesmo enquanto feudais, e pilares para a consolidação do capitalismo como sistema produtivo globalizado (Rodrigues, 2024).

As drogas tomadas enquanto mercadoria no movimento do capital tomam tamanha proporção a ponto de promover conflitos internacionais, como as Guerras do Ópio no século XIX entre o Império Britânico e o Chinês, nas quais a Coroa Britânica lutou pelo monopólio e garantia das rotas de distribuição do ópio na Ásia. Os processos de acumulação capitalista e as Guerras do Ópio lançam uma pista significativa de uma importante relação entre Estado e drogas. A mercadorização das drogas traz consigo a consolidação de um mercado produtor, distribuidor e consumidor de drogas, assim como mecanismos de controle sobre as substâncias que vão ser alocadas na concepção guarda-chuva de “drogas”.

Ainda no contexto das Guerras do Ópio, devido aos impactos na saúde pública, o Estado chinês promove algumas políticas de contenção da circulação do ópio, o que se observa como um prelúdio de políticas proibicionistas (Rodrigues, 2024). Ainda segundo Carneiro (2002), apoiando-se em Gramsci, a contenção do uso de substâncias, principalmente o álcool, era ponto crucial para o desenvolvimento industrial do capital inglês, tornando alvo da coerção aqueles que visavam garantir, na relação capital-trabalho, a sua máxima exploração.

Contudo, é somente na virada para o século XX que as políticas de contenção, controle e repressão ganham corpo e tomam a forma do que se compreende hoje como proibicionismo. Doutrina essa que se constrói enquanto política de Estado no que concerne a uma orientação pela proibição não só da produção e distribuição, mas também do consumo, que também se ordena e organiza a partir da ideia de raça, como dissertaremos a seguir.

1.1 Capitalismo, Estado e proibicionismo

Para compreender como o proibicionismo se constrói como uma política de Estado, creio ser necessário, de antemão, explicitar qual a concepção de Estado de que parto neste trabalho. Primeiro, compreendendo que, mesmo dentro da teoria marxista, muitos autores se voltaram a debater e conceituar o Estado, faço uma escolha teórica que concebe o Estado de

forma que acredito ser mais fidedigna e de maior afinidade com o escopo dessa pesquisa, não necessariamente falseando outras concepções.

Retomando a Teoria Marxista do Estado, em David Harvey (2001), temos que o Estado se origina a partir da contradição entre os interesses particulares e os da comunidade, sendo este o produto da sociedade em um estágio específico de seu desenvolvimento, do reconhecimento de que essa sociedade se envolveu em uma autocontradição insolúvel. O Estado, enquanto uma forma de dominação, se origina da necessidade de manter os antagonismos de classe sob controle; logo, ele é, em si, um instrumento de classe.

Harvey aponta o Estado, não só o burguês, mas também outras configurações de Estado, como algo que surge no meio da luta entre as classes. E, assim, sendo o Estado da classe que é economicamente dirigente, que passa a ser também politicamente dirigente, que o utiliza para controlar e explorar as classes oprimidas (Harvey, 2001, p. 81). Ainda, Harvey segue no resgate de Marx e Engels, compreendendo que a classe dominante econômica e politicamente também domina enquanto pensadora, e suas ideias precisam ser universalizadas, tomadas como ideias voltadas ao bem comum, ganhando certa autonomia. O Estado tem importante papel nesse processo, uma vez que as ideias de “direito”, “justiça” e “liberdade” se apresentam como conceitos para além de interesses de classe específicos, e são essas ideias que aparelham o Estado (Harvey, 2001).

Pensar a relação entre Estado e Capitalismo requer entender, primeiramente, que toda estrutura de Estado se baseia em um modo produtivo particular. No caso do Estado Burguês — o que vivemos sob a égide mais comumente nas sociedades ocidentais —, esse modo produtivo é o capitalismo. O Capitalismo, como abordado anteriormente, em seu desenvolvimento inicial, utilizou-se de instrumentos de Estado — nesse caso, o Estado feudal europeu — de modo indiscriminado e brutal, com vistas a criar a relação que o sustenta, capital-trabalho. O processo de acumulação primitiva, assim como todos os demais processos de acumulação capitalista, só foi possível através do aparelho estatal, pela sua força ou legalização da violência dirigida a outros povos (Harvey, 2001). Por isso, torna-se quase impossível pensar o desenvolvimento e a expansão do capitalismo sem a estrutura de Estado.

Ainda sobre o Estado capitalista, Harvey (2001) aponta que este deve cumprir algumas funções básicas para que o capitalismo se reproduza enquanto sistema, citando coisas como um sistema de propriedade, que assegure que todos os indivíduos só tenham domínio dos valores de troca mediante a propriedade ou a troca; um padrão comum no valor de troca — o dinheiro —; e a igualdade de possibilidade de troca e a criação de uma “dependência recíproca” onde haja “livre individualidade e igualdade”. Basicamente, um

sistema onde tudo aquilo que é produzido por um indivíduo esteja diretamente dependente da produção e consumo dos demais.

Assim, o Estado vai amparar e aplicar um sistema legal que abrange conceitos como propriedade, indivíduo, liberdade e direito, conceitos os quais se produzem na troca capitalista, isto, pois, é o Estado que vai garantir a produção e reprodução da vida e da sociabilidade capitalista. As ideias de liberdade e igualdade são essenciais para o ordenamento do capital. “O Estado capitalista não pode ser outra coisa que instrumento de dominação de classe, pois se organiza para sustentar a relação básica entre capital-trabalho. Se fosse diferente, o capitalismo não se sustentaria por muito tempo” (Harvey, 2001, p. 85). Em continuação, Harvey ainda aponta que, pelo antagonismo entre capital e trabalho, é — segundo Marx — o Estado burguês o veículo pelo qual a violência da burguesia oprime o trabalho (Harvey, 2001).

No entanto, é necessária a compreensão de que o Estado não é um todo fechado, um monólito totalmente coeso e, para isso, as contribuições de Gramsci são essenciais. As formulações de Estado em Gramsci (2025) se concentram no texto dos *Cadernos do Cárcere* — *Notas sobre o Estado e a Política*, em que o autor se volta a fazer uma análise crítica dos escritos de Maquiavel e a formular sobre o Estado, o Estado burguês e a política, tema pouco abordado até então nos escritos marxistas e marxianos. Gramsci, movido pelas alterações no movimento do real logo após a Primeira Grande Guerra, em que há a mudança da fase concorrencial para a fase imperialista monopolista, passa a compreender que a suplantação do capital não passa apenas pela “tomada do Estado” e que a derrota das revoltas proletárias que estouraram por toda a Europa na época tinha ocorrido por um motivo (Vasconcelos *et al.*, 2013). Gramsci buscou ampliar a concepção que Marx e Engels deram para o Estado inicialmente, compreendendo que o Estado — dado o aprofundamento das tensões da luta de classes em plena crise do capital — não mais podia se valer unicamente do uso legítimo da força; era preciso se valer de outros artifícios para produção de hegemonia e consenso.

Gramsci entendia que existia uma relação íntima entre estrutura e superestrutura que é mediada por um cimento, que é a hegemonia. Elucidando, existe uma relação estabelecida entre a forma como os sujeitos formam um metabolismo, relacionam-se com a natureza, de forma a garantir as condições de sua reprodução e suas relações sociais globais, ou seja, as forças produtivas e as demais relações sociais (estrutura) (Gramsci, 2025). E a superestrutura, o conjunto dinâmico e complexo de contradições pelo qual a classe dominante exerce a sua dominação, difundindo sua ideologia às classes subalternas, que formam o que Gramsci denomina de “bloco histórico”, que se une a partir da hegemonia enquanto essa liga colante.

Sendo a hegemonia não uma mera aliança de classes ou a subordinação de uma a outra, mas a capacidade de condução política e cultural na construção de uma visão de mundo (Coutinho, 2011; Gramsci, 2025). A correlação basal entre os elementos do bloco histórico nos permite compreender que, no pensamento gramsciano, o capitalismo não se baseia na produção de mercadoria, mas de indivíduos, de aparatos jurídicos e de aparelhos privados de hegemonia difusores da ideologia dominante (Vasconcelos *et al.*, 2013).

Ao ampliar a noção de Estado em Marx, Gramsci compreende que nele também penetram aspectos comuns à sociedade civil, sendo o Estado Ampliado formado pela Sociedade Política + Sociedade Civil, ou seja, uma hegemonia revestida de coerção. Onde, na sociedade política, estão alocados os mecanismos pelos quais a classe dominante garante o monopólio legal da violência e da repressão. É importante que fique claro que a separação feita é didática e não orgânica; uma se embrenha na outra. A sociedade política é uma extensão da civil, é nela onde são disseminados os valores morais e culturais de construção de hegemonia e direção moral e intelectual do conjunto social, nela é onde se forma a vontade coletiva, a adesão ou não das classes dominadas, a produção do consenso. Assim, a sociedade civil é composta pelos aparelhos e organizações de elaboração e disseminação de ideologias, como escolas, partidos, sindicatos, igreja e afins (Coutinho, 2005). Em suma, a ideia de Estado Ampliado compreende a noção de que o Estado tanto se vale da dominação quanto se utiliza de mecanismos de consenso para se legitimar perante o conjunto social, atendendo a determinadas demandas das classes subalternas, de forma que não se altera brusca ou significativamente o ordenamento de interesse da classe dominante (Pereira, 2011).

Assim, compreendemos — como dito no início deste tópico — que o Estado é fruto dos antagonismos, das disputas da classe e, ainda que funcione como “gabinete executivo da burguesia”, não representa, unicamente, seus interesses. E, mesmo nas ocasiões em que representa majoritariamente os interesses da classe dominante, esta se vale tanto dos aparelhos coercitivos, a Sociedade Política, quanto dos aparelhos de consenso e hegemonia, a Sociedade Civil, como a mídia hegemônica, produzindo o convencimento das massas de que aquela pauta é para o “bem comum”.

Vejamos, a seguir, como é construída a relação entre drogas, Estado, raça e racismo em panorama global e depois no Brasil, para que possamos chegar à solidificação do proibicionismo enquanto política de Estado, partindo da compreensão de que tal relação, no Brasil e no mundo, é anterior ao proibicionismo.

No capítulo “A Assim Chamada Acumulação Primitiva”, anteriormente já mencionado, Marx descreve tal processo de acumulação de riquezas nos países, sendo

primitiva não só por ter sido a primeira acumulação capitalista, mas também por ter sido violenta, bárbara e dizimatória. As incursões dos Estados de Portugal, Inglaterra, França, Holanda e Espanha à Ásia, África e Américas, que possibilitaram a acumulação de riquezas por essas nações e lhes possibilitaram desenvolver o capitalismo, foram feitas às custas do saqueamento, exploração, espoliação e derramamento de sangue dos povos originários de todos estes territórios (Marx, 2011).

Seria ingênuo pensar que a escolha de levar a barbárie a estes territórios tenha sido mera coincidência, ou que a mercadorização dos corpos negros africanos e indígenas, para além de sua aniquilação, fosse mera questão de acaso. O capitalismo, desde sua gestação nos Estados Feudais da Europa Ocidental, já apresentava o critério de raça como um organizador; é a partir da noção de raça que se decidiu, desde a acumulação primitiva, quem seriam os alvos de seus processos de exploração, espoliação e expropriação (Marx, 2011).

E, se o Estado é sempre baseado em um modo produtivo, e o Estado Burguês é pautado pelo capitalismo, e este tem como um de seus princípios organizativos, além da mercadoria, a raça, logo podemos compreender que o Estado Burguês também se organiza e orienta através da raça e, por conseguinte, também a classe que o hegemoniza. E, importante demarcar, dentro da organização da sociedade burguesa de classes ocidental, a classe dominante, a elite, é, também, a branquitude.

Globalmente, podemos apreender a relação Estado, Capitalismo e Racismo a partir do caso da Companhia Britânica das Índias Orientais, empresa do império inglês no século XVI responsável pelo estabelecimento do comércio entre o Império Britânico e o Império Chinês. A partir da atuação de tal empresa — que recebia financiamento do Banco da Inglaterra —, o comércio entre ambos os impérios cresce, uma vez que a Inglaterra era grande consumidora de produtos chineses, como chá e porcelana. No entanto, a relação comercial era deficitária para os ingleses, já que a China não consumia tanto seus produtos fabris (Simão, 2023).

A Companhia, de modo a mudar a balança comercial, passa a revender o ópio — droga com alto potencial adictivo —, que era produzido na Índia, para o Império Chinês de forma cavalar. E, a partir dos problemas causados à saúde pública na China, o governo restringe a entrada da droga, o que culmina na Guerra (Simão, 2023). Para Rodrigues (2024), o ópio foi um dos principais veículos para a expansão do capitalismo britânico no mundo, e vale lembrar que este foi o maior império da história do mundo, já tendo controlado quase $\frac{1}{4}$ da superfície terrestre. Ainda, segundo o autor, o ópio já era uma droga disseminada na Europa, Américas e Ásia, seja puro, para fumo ou misturado em tintas. O amplo

conhecimento de seus efeitos de relaxamento e torpor fez dessa substância um dos primeiros produtos globais do capitalismo industrial (Rodrigues, 2024).

Existe uma escolha política na massificação do comércio de uma droga já disseminada no ambiente doméstico dos países do Velho Mundo, principalmente dado o amplo conhecimento de seus efeitos. Por isso, acredito que é possível afirmar que tal escolha é, impreterivelmente, pautada na ideia de raça, de superioridade racial. Noguera (2021) traz a ideia de Tribo Eleita, sobre a existência de uma tribo — a branquitude — que se compreende e se elegera como única digna de possuir e cuidar da terra e seus frutos, a qualquer custo. Assim,

A ideologia da tribo eleita é adaptada para ampliar os mecanismos de opressão e exploração ao máximo. Primeiro, brevemente por ideologia da tribo eleita devemos entender uma fixação etnocêntrica de que existe um povo designado a “cuidar” do mundo, ainda que isso signifique escravizar e explorar (Noguera, 2021).

Até o presente momento, apresentamos a ideia de Estado, de forma geral, que orienta a presente pesquisa e suas relações com a ideia de raça e as drogas no cenário global. Partimos de uma teoria geral do Estado, por assim dizer; contudo, é importante que tenhamos em mente que cada Estado se forma a partir de especificidades de processos sócio-históricos, mesmo sendo configurado como um Estado burguês. Os Estados da América Latina se assemelham e são estruturados sob a forma apresentada, pautada nas democracias burguesas capitalistas, contudo, com características específicas que lhes são atribuídas ao local e à zona de influência política aos quais estão submetidos.

Chegando ao Brasil, observamos a relação Estado-Raça-Drogas antes mesmo de existir a ideia de um Estado brasileiro e, inclusive, antes de existir uma nação brasileira de fato consolidada, pois remonta aos primeiros momentos do Brasil Imperial, recém-independente. Souza (2024) apresenta que a virada política na construção do Brasil independente é arraigada na elaboração de distintos paradigmas de controle e manejo do corpo negro, onde o dispositivo escravista passa a, gradativamente, dar espaço a um regime manicomializante, criminalizante e proibitivo. O autor traz que a proximidade entre os processos históricos no Brasil pós-independência, da proibição do tráfico de escravos (1830) e a fundação do primeiro manicômio (1852), como expressão de uma tendência de mudança no paradigma de controle dos corpos negros.

É, segundo Souza (2024), a partir da mudança da política colonial para a liberal que se constrói um regime de visibilidade do corpo negro interseccionado com a loucura, munindo um campo de saber-poder — a psiquiatria e, depois, a medicina social — de um regime científico de controle dos corpos negros. As teorias eugênicas difundidas no Brasil

passam a organizar a medicina e o direito, criando um regime de interpenetração entre negro e louco, que generifica e amplia as possibilidades de intervenção (Souza, 2024). O darwinismo social que se instala no Brasil, aparelhado pelas teorias eugenistas e higienistas, cria um regime de visibilidade e tutela nessa interpenetração entre raça e loucura, de modo que a negritude e a mestiçagem se tornam a representação do atraso, da monstruosidade, do antiprogressismo. E assim é eleito um projeto de nação, de Estado, que se orienta pelo branqueamento, pela desmestiçagem da população, que se utiliza do aparelho manicomial como dispositivo branqueador, aniquilador de subjetividade, memória, cultura e linguagem africanas (Souza, 2024). O manicômio é usado como dispositivo de desumanização, de lavagem subjetiva, esvazia o corpo negro, introjetando um desejo de embranquecer, de adotar medidas normais e “Por normais, entende-se uma disciplinarização eurocêntrica dos corpos e das condutas” (Souza, 2024, p. 59)

Como dito anteriormente, os saberes que constituem o darwinismo social no Brasil organizaram o direito e a medicina no país à época. Se, por um lado, dentro do saber médico, o negro passa a ser tutelado pela lógica da anormalidade, da loucura, do patológico, pelo direito ele também será tutelado, dentro da mesma tônica, mas a partir da ideia de periculosidade. Magno (2020) retoma a construção criminológica e penal à época, a partir da construção do Código Criminal de 1830, aparelhado pelas teorias lombrosianas de degenerescência, veiculadas por Nina Rodrigues, e da criação de um regime de tutela penal sobre o negro, que se vale de uma íntima relação criada entre direito e psiquiatria, pautada pelo racismo.

Essa primeira organização de Estado no Brasil, que se dá a partir da independência, evidencia que, ainda que haja uma virada liberal no regime político, este ainda opera com uma forte marca colonial, reinventando seus mecanismos de controle, em que a lógica escravagista e o direito penal senhorial são substituídos pela tutela da medicina e do direito sobre o negro. Cáceres (2020) apresenta que o Código Criminal de 1830, ainda que sob um texto constitucional pretensamente liberal, previa penas de castigo físico às pessoas negras escravizadas, também com o Código de Processo Criminal de 1832 fazendo uma segregação “onde aos negros escravizados era negado o acesso a recursos e o acesso a determinados tipos de julgamentos, com a consequente imposição de penas e criminalização aplicadas diferenciadamente” (Cáceres, 2020, p. 132).

Ainda, a autora aponta que o primeiro texto constitucional de um Brasil independente não prevê a figura do negro por um projeto de poder da elite branca, que era atravessado pelos acontecimentos na América Latina e no Caribe (ALC) à época, como a Revolução

Haitiana (1791-1804), e, friso, retomamos aqui os movimentos de libertação liderados na ALC por Simón Bolívar e San Martín (Cáceres, 2020). É importante situar o tempo histórico e geopolítico onde se localizam tanto a independência quanto a abolição. A Revolução Haitiana foi o primeiro movimento revolucionário liderado e composto integralmente por negros escravizados contra o autoritarismo e a barbárie de sua metrópole europeia, a França. Ao final do processo, o Haiti se torna o primeiro Estado negro independente da modernidade (Cáceres, 2020). O medo branco da onda negra cria um espantinho em volta do processo revolucionário na ilha caribenha e um grande medo no Brasil — onde a população preta escravizada era numericamente superior à branca livre.

E por isso o Brasil ignora os negros em sua primeira Carta Magna e demora a editar um Código Civil, relegando ao Direito Penal a tarefa de legislar e tutelar os corpos negros, a partir do Código Penal e do Código de Processo Penal (Cáceres, 2020). A autora ainda aponta que, se no regime Colonial a tutela se voltava a preservar os interesses da metrópole, no Imperial, a tutela sobre o corpo negro se volta à manutenção de um regime político da elite branca, reprimindo quaisquer possibilidades de insurreição, mesmo que isso significasse um projeto de aniquilamento de negros e indígenas (Cáceres, 2020). Retomar estes processos históricos nos possibilita compreender o que Cáceres (2020) aponta como uma instabilidade do governo Imperial. Tanto pelo fraco projeto de unificação, que vinha sendo afrontado por insurreições locais, quanto por pressões externas de movimentos revolucionários negros e populares que rompiam com a lógica colonial, que ainda imperava no Brasil. A influência promovida pela Revolução do Haiti no Brasil deu sustentação maior para o movimento abolicionista, de questionamento da escravatura, de debate antirracista, de soberania popular.

A valorização do exemplo haitiano como afirmação bem-sucedida de soberania nacional (estandarte da liberdade, vitória do Novo Mundo e das novas nações americanas contra o Velho Mundo europeu colonizador) aparecia com desenvoltura na imprensa periódica e até no Parlamento do Brasil (Morel, 2018).

Cáceres (2020) ainda resgata que, no Brasil Imperial, o sistema de justiça era financiado pelo Tesouro Nacional, proveniente de impostos como a SISA, que era um imposto aplicado sobre a comercialização de negros escravizados. Com isso, a autora nos traz a contribuição de que a constituição do Estado brasileiro é de uma estrutura antinegra, desde os códigos que diferenciam pessoas brancas e negras, desprovendo as últimas de uma gama de direitos, seja pelo financiamento do sistema de justiça, seja pelo aniquilamento de negros e indígenas em prol da coesão da ordem branca burguesa. Cáceres (2020) relata que a virada republicana no Brasil (1889) é marcada pela edição de um Código Penal, anterior a um texto constitucional que definisse as bases daquele novo sistema político. Código Penal esse que se

torna instrumento da burguesia branca de manutenção do regime de hierarquia racial, principalmente pela população negra e recém-liberta ser muito mais expressiva numericamente que a branca, assim “Houve uma tomada de decisão fundamental naquele momento que era a de não absorver o contingente negro como integrante da cidadania brasileira” (Cáceres, 2020, p. 135).

Assim, as teorias lombrosianas instrumentalizam, dentro do direito, o campo da Criminologia, estabelecendo um regime de inferioridade de raças, atribuindo a propensão a delitos e a degenerescência a raças inferiores, dando corpo — por exemplo — à “Teoria do Criminoso Nato”, disputando um projeto político-legal de criminalização do negro. Souza (2024) também aponta para a institucionalização da criminalização do negro e de sua cultura, a partir da Constituição de 1890, que criminaliza o pito de pango (maconha), a capoeira e rituais praticados pela população negra à época. As teorias eugênicas, remonta Souza (2024), produzem um regime de saber-poder que associa a figura do negro à vadiagem, à crise, à loucura e a doenças infectocontagiosas, ao passo que constroem dispositivos legais de tutela sobre tais atributos, elencando quem deveria ser alienado, como traz Magno (2020):

Em um cenário sócio-político-econômico, que se seguiu à abolição formal da escravidão em 1888, alienados eram aqueles que: 1) perturbavam a tranquilidade pública; 2) ofendiam a moral e os bons costumes; 3) praticavam atos contra a vida de outrem ou a própria (BRAZIL, 1890b). A definição da loucura associada à periculosidade foi muito funcional ao controle urbano, porque respondia ao “medo branco da onda negra” (AZEVEDO, 1987; BATISTA, 2003). (Magno, 2020, p.180)

Souza (2024) ainda apresenta que é nessa via de criminalização da cultura negra, da construção de um regime legal de tutela do negro, que se inicia o processo de criminalização das drogas no Brasil. A criminalização da cannabis, do “pito de pango” ou “fumo de angola”, que se dá no Brasil nesse período final do século XIX, marca a construção de uma política interna de segurança que se orienta ao controle dos negros. E, ainda que não seja aqui que se inicia o processo de Guerra às Drogas no Brasil, é aqui que se demarca a construção de uma política de drogas organizada pelo ideal de raça, que vai se consolidar ao longo do século XX. Souza (2024) demarca essa diferença justamente para apontar que o regime político de Guerra às Drogas, que é gestado nos EUA na primeira metade do século XX e globalizado pós-2ª GM, é efeito de uma modulação do capital em crise que passa para a fase neoliberal, em que a tática de controle também se altera, da manicomial para a bélica. Sendo, então, a criminalização da maconha associada à urbanização que gera os territórios negros periféricos, enquanto o regime de guerra às drogas se trata de uma gestão intensiva desses territórios que, afetados pelo acirramento das contradições do capital neoliberal, cresceram além do controle estatal (Souza, 2024).

Existe, então, uma virada importante que Souza (2024) aponta sobre os regimes de tutela do negro, em que a criminalização do negro no início do século XX era atrelada à lógica manicomial, onde o racismo era a lógica de governo, enquanto um grande eixo organizador da sociedade brasileira, regulando territórios, condutas e práticas, como o uso do pito do pango. Momento esse em que justamente se realizam as grandes reformas urbanas e os manicômios vão servir de peça fundamental para essa urbanização, institucionalizando negros de forma massiva, em uma lógica eugenista e higienista de que aqueles que não eram manicomializados eram jogados para longe dos centros urbanos. A conduta de afastar da visibilidade dos centros urbanos (que também é utilizada nos manicômios), que ordena a estruturação da periferia, pauta-se na lógica do “deixar morrer”, pois eram jogados à própria sorte, sem qualquer infraestrutura (Souza, 2024). Há uma mudança da orientação política de “deixar morrer” para o “fazer morrer”, a partir das últimas décadas do século XX, quando — a partir do alastramento do Consenso de Washington — as periferias são transformadas pelo crescimento do mercado internacional de drogas devido à atuação do tráfico nesses locais, fazendo da favela um alvo do interesse político e econômico do Estado burguês (Souza, 2024).

Acreditando até aqui termos construído um caminho possível para compreender como se constrói a relação do Estado brasileiro com raça e as drogas, anterior ao proibicionismo², passemos então a buscar compreender como isso se torna uma política sistemática e de Estado. Primeiro, segundo Rodrigues (2024), o proibicionismo se trata da nomenclatura atribuída a regimes legais nacionais e internacionais de controle de drogas, que visam à supressão — pela criminalização e repressão — de todo o circuito econômico de um amplo conjunto de drogas psicoativas, compreendido como produção, processamento, comércio e consumo de determinadas substâncias. Ainda, segundo o autor citado, o proibicionismo reside em princípios morais orientados à abstinência, ao ultraconservadorismo e ao repúdio veemente aos estados alterados de consciência.

A fim de compreender como o proibicionismo é construído globalmente, observamos a gestação de tal política pelos Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX, enquanto política doméstica, primeiro na forma do *Food and Drugs Act* (1906), legislação

² Entendemos por proibicionismo aquela política gestada no ambiente doméstico dos Estados Unidos no início do século XX, com o controle de substâncias em alimentos e que, rapidamente, toma proporção internacional e global como doutrina que orienta regimes nacionais e transnacionais de regulação, controle e proibição das drogas e que, através da repressão e criminalização de todos os sujeitos envolvidos nos circuitos das drogas, produz um conjunto intersubjetivo de crenças, concepções e ideias ultraconservadoras e contrárias a quaisquer estados alterados de consciência. Vale destacar que o proibicionismo, tornado política de Estado, passa a operar uma lógica racista e classista enquanto tecnologia de manutenção da ordem imperialista.

que não tinha caráter de proibição, mas de regulação de drogas e substâncias contidas em produtos comercializados (Carvalho, 2014) e, depois, de controle do álcool, a chamada Lei Seca. Em poucos anos, rapidamente, o proibicionismo toma corpo no cenário global. A primeira Conferência Internacional do Ópio ocorreu em 1909, tendo outra posterior em 1911, ambas convocadas pelos EUA.

A segunda Conferência é convocada com a intenção expressa de aprovar, com adesão do máximo de países, uma Convenção Internacional que firmasse as resoluções da primeira conferência, que se tratava de eleger os *yankees* como líderes globais no controle de drogas, legitimar o uso de drogas mediado pela autoridade médica e determinar uma cruzada aos países produtores (Carvalho, 2014). A convenção, a duras penas, é promulgada, porém com pouca adesão internacional, e, com a Grande Guerra, a cruzada proibicionista ficou em segundo plano na agenda global. Assim, os EUA se tornam um grande experimento do proibicionismo, com o governo fazendo esforços pelo recrudescimento de uma campanha contra as drogas dentro de casa — com apoio de grupos extremistas como a Ku Klux Klan — e que, posteriormente, exportam mundo afora (Carvalho, 2014).

Friso este processo, pois é através dele que os Estados Unidos firmam o proibicionismo como agenda globalizada e importam sua política, até então doméstica, a quase todas as democracias burguesas do planeta e que isto atende aos interesses do capitalismo central. Harvey (2001) fala sobre como as relações internacionais se convergem com relações internas ao Estado, criando novas configurações e, assim, há uma relação importante entre Estado e Imperialismo e, com isso — utilizando de suas exatas palavras:

um determinado Estado-nação talvez procure exportar os piores elementos da exploração capitalista mediante a dominação imperialista de outros países. A dominação imperialista também possui outras funções: facilitação da exportação de capital, preservação de mercados, manutenção do acesso a um exército de reserva para a indústria e etc. (Harvey, 2001, p. 88)

O proibicionismo toma corpo como uma grande cruzada de investida norte-americana pela adesão das demais nações a tratados internacionais voltados à proibição e criminalização da produção e comercialização, reprimindo também o uso e os costumes históricos de povos pelo mundo. Instaura-se a *Guerra às Drogas* como principal lógica de trato da temática de drogas, que criminaliza não as substâncias em si — uma vez que são objetos inanimados —, mas sim a cultura, as práticas e os costumes de povos vulneráveis, como a classe trabalhadora, as minorias étnicas e esses grupos em si (Rodrigues, 2024).

Uma vez situados na América Latina, no Sul Global, creio ser relevante retomar os debates da teoria marxista acerca do Imperialismo para compreendermos como, dentro das

organizações dos Estados ao Sul, se sofre influência das metrópoles. Essa influência faz o proibicionismo sair de uma política doméstica do centro do capitalismo para uma cruzada disseminada globalmente. Apresentando de forma *en passant*, Lenin (2021) aponta a tendência, no século XX, da divisão do mundo entre as grandes potências, principalmente as do centro do capital, detendo colônias propriamente ditas ou áreas de influência definidas, apontando para uma tendência do capitalismo, a partir deste século, de uma fase Imperialista.

O imperialismo é o capitalismo na fase de desenvolvimento em que ganhou corpo a dominação dos monopólios e do capital financeiro, adquiriu marcada importância a exportação de capitais, começou a partilha do mundo pelos trusts internacionais e terminou a partilha de toda a terra entre os países capitalistas mais importantes. (Lenin, 2021)

Lenin (2021) fala sobre a política imperialista, destaca a correlação entre política internacional e capital financeiro que fomenta a divisão política e econômica do mundo, originando distintas formas de dependência estatal, dando o exemplo da América do Sul no início do século XX e sua dependência do capital inglês.

Após a Segunda Guerra Mundial e a vitória dos Aliados, altera-se o ordenamento mundial, emergindo uma nova ordem mundial bilateral. Na frente ocidental, com a completa destruição da Europa — física, econômica e política —, o eixo central do capital se desloca para a América, fazendo com que a Inglaterra passe o bastão de bastião do capital global para os EUA, uma vez que foi o único dos Aliados no flanco ocidental que ainda tinha tal capacidade. Já na frente oriental, a já potente União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, tendo derrotado o Império Japonês ao lado da China, emerge como principal potência. Assim, dá-se início à Guerra Fria, que Hobsbawm (1994) vai definir como um período de divisão do mundo em áreas de influência do “mundo livre” (EUA) e do Exército Vermelho (URSS), em que pairava no ar uma grande tensão pelo aniquilamento mútuo entre as duas potências, e no qual o lado capitalista promovia uma grande ode anticomunista por todo o Ocidente, tensão que dura do imediato pós-guerra, ainda em 1945, até a queda da União Soviética, em 1991.

Isso é importante para nós uma vez que, redefinidas as áreas de influência da divisão imperialista do mundo após a 2ª GM, o território da AL, que já estava dentro da zona de influência dos EUA, mas que também era influenciado pelo Império Britânico, passa a ser mais fortemente influenciado pelo representante do mundo livre, que se torna herdeiro das zonas de influência que pertenciam aos países do centro do capital europeu. Isto nos permite compreender que ações como o plano “Aliança para o Progresso” (1961), lançado pelo presidente John F. Kennedy com o intuito de promover uma aliança de cooperação entre os EUA e a América Latina pelo desenvolvimento social e econômico da região, eram, na verdade, uma forma de conter insurreições comunistas, como a Revolução Cubana (1959). O

que também promove toda a instabilidade política no Brasil, que culmina no golpe contra João Goulart, que se opunha ao referido plano e se radicalizava à esquerda, em 1964, e dá início à Ditadura Empresarial-Militar, golpe apoiado pelos EUA.

O proibicionismo estadunidense vai achar terreno fértil no Brasil, obtendo fácil penetrância na política nacional tanto por estarmos localizados no quintal dos EUA quanto pelo histórico do país com políticas eugenistas organizadas em aparato legal. Rodrigues (2024) demarca a década de 1970 como ponto de virada no âmbito internacional, ao apresentar o conceito de Repressão Seletiva — uma das categorias da Economia Política do Narcotráfico (EPN) —, que opera a partir do discurso da Guerra às Drogas, distinguindo o mundo entre os Estados produtores de drogas no Sul Global e os consumidores, no Norte, e que tal divisão artificial serve de justificativa para políticas de intervenção militar e a conversão das forças armadas em forças antidrogas (Rodrigues, 2024). Retomarei as contribuições da EPN em capítulo futuro.

É nessa conjuntura que se dá origem, por exemplo, a normativas e legislações tanto brasileiras como latino-americanas, como a Lei nº 5.726/71 (Brasil, 1971), uma das leis de drogas da ditadura que deixa explícito em seu texto um caráter bélico, delegando a todo cidadão o “dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar no combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica”. Essa legislação, que institucionaliza o combate ao tráfico de drogas no Brasil, é aprovada no mesmo ano em que Richard Nixon, então presidente dos EUA, lança sua política de Guerra às Drogas (Carvalho, 2023), tendo o regime Empresarial-Militar recebido apoio financeiro e logístico dos EUA para a implementação da lei em território nacional. Mesmo com o fim do regime e o início do ciclo democrático-popular, outras legislações sobre drogas no país seguiram sendo marcadas pelo proibicionismo, como a Lei nº 11.343/2006, a Lei de Drogas sancionada no governo Lula, a primeira da Nova República, e também a Lei nº 13.840, a revisão da Lei nº 11.343/06, sancionada no governo Bolsonaro, as quais abordaremos em capítulo futuro.

A década de 1970 também marca o surgimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil; todavia, antes de adentrar este tópico, é necessário compreender do que estamos nos referindo quando falamos em Comunidades Terapêuticas, seja enquanto método, seja enquanto dispositivo.

1.2 Fundamentos das Comunidades Terapêuticas: método, dispositivo e as experiências internacionais

Importante frisar que o termo *Comunidade Terapêutica* foi anteriormente utilizado para nomear distintas experiências ao redor do mundo, como a experimentação do dispositivo batizado como Comunidade Terapêutica no Reino Unido, por Maxwell Jones, e a experiência de comunidade terapêutica no hospital de Gorizia, com Franco Basaglia, inspirado em Jones. Outras, com uma proposta distinta, não exatamente voltada aos transtornos psíquicos e fora de um ambiente *psi*, como é a metodologia de Comunidade Terapêutica para dependência de drogas (CT-AD), nos Estados Unidos, apresentada por George De Leon. Antes de iniciar a apresentação, é importante pontuar que o que compreendemos hoje como a Comunidade Terapêutica contemporânea é a CT para dependência de drogas de De Leon.

As propostas de Comunidades Terapêuticas que apresentaremos aqui estão situadas e mais ou menos influenciadas por experiências reformistas do dispositivo manicomial, no exercício de atualização da lógica alienista e do dispositivo hospital psiquiátrico (HP), sem, necessariamente, romper com ele em si. Amarante (2007) faz um resgate dos movimentos de reformulação da psiquiatria e de propostas de ruptura com aquela lógica alienista estabelecida no pós-Revolução Burguesa na França, com Philippe Pinel e o gesto pineliano, pautado em um “tratamento” pela reclusão e pelo asilamento.

A fim de, brevemente, apresentar a lógica alienista, recobremos alguns debates. A ideologia burguesa não mais podia compactuar com os grandes Hospitais Gerais que acorrentavam cidadãos indesejados. Assim, o alienismo surge a serviço de um projeto político-societário, no qual uma subjetividade era construída em torno da livre participação nas relações econômicas e comerciais, no respeito aos princípios liberais de livre-comércio e na organização econômica pelo trabalho assalariado. E, se a ordem do dia era a apropriação privada de tudo aquilo que era socialmente produzido, promovendo castigos àqueles que quebrassem com esse ordenamento, o louco não era passível de adentrar a lógica capitalista e, por isso, não podia ser alvo dos meios clássicos de extração de mais-valor. Daí, então, a necessidade de sua exclusão e da construção de um ideário da loucura como deterioração da humanidade (Teixeira, 2019).

Cabe ao alienismo permitir a incorporação dos loucos, agora entendidos como alienados mentais, à nascente sociedade burguesa, desde que fossem tratados e recuperados. Caso isto não fosse possível, eles deveriam ser tutelado sob condições especiais. O objetivo seria proteger o alienado de si próprio e proteger a sociedade de seu perigo potencial. O manicômio tornou-se o local para observar, classificar, tratar, recuperar, isolar e reprimir estes indivíduos, em nome da ciência e da filantropia (Teixeira, 2019, p. 546)

Isto posto, é importante que deixemos claro que o alienismo, desde seu surgimento, teve veementes questionadores e adversários que não acreditavam que o isolamento de fato seria terapêutico; contudo, foi hegemonizado por atender de forma excepcional aos interesses do capital. Do século XIX para o século XX, o capitalismo atravessa algumas crises intensas que demandam sua reorganização, por terem enfraquecido suas estruturas. A alternativa fascista de superação das crises adotada pelos países do capitalismo central (em suma, os países europeus) até o fim da primeira metade do século XX mostrou ao mundo os horrores da guerra e da desumanização, trazendo uma preocupação com a dignidade humana. É, então, a partir de uma verossimilhança na comparação dos manicômios com os campos de concentração nazi-fascistas que se impulsionam movimentos de reforma da instituição de violência (Basaglia, 1985) e do paradigma psiquiátrico.

Amarante (2007) retoma algumas das principais iniciativas de reforma, a começar pelos grupos que acreditavam que o problema central era a gestão do hospital e, por isso, investiram na reorganização da instituição. O autor retoma cerca de seis experiências centrais, alocadas em três grupos distintos. Sendo o primeiro composto por experiências que acreditavam que o centro da questão estava na gestão do próprio HP e, por isso, era preciso inserir mudanças em sua gestão, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional. O segundo grupo, que reúne as experiências da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva, parte do princípio de que o HP estaria falido, obsoleto e, por isso, aposta no movimento gradativo de sua desconstrução, dando lugar a serviços assistenciais de cuidado terapêutico, como hospital-dia e centros de saúde mental. Amarante (2007) aponta um terceiro grupo, um tanto dissidente, que, diferente do primeiro, vê o problema central no paradigma científico psiquiátrico, colocando tanto o HP quanto seus serviços assistenciais em xeque, sendo essas propostas a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.

Apresentando brevemente cada uma dessas experiências. Na Inglaterra do pós-2ª GM, com a grande quantidade de soldados em sofrimento e devido à escassez de recursos para atender a tantas demandas, Main, Bion e Reichman apostam em dispositivos de coletivização do tratamento, utilizando o potencial dos pacientes. Maxwell Jones parte dessa experiência e sistematiza melhor essa abordagem, que se vale de instrumentos grupais e comunitários, como grupos de discussão e operativos, envolvendo internos e profissionais, partindo da compreensão de que a terapêutica era uma tarefa a ser assumida por todas as partes, inclusive pelos familiares dos usuários (Amarante, 2007). Adotando cada vez mais mudanças de caráter coletivizante, passa-se, então, a compreender por Comunidade Terapêutica um processo de reformas institucionais que iam contra a hierarquização dos papéis sociais,

adotando a democratização das relações (Amarante, 2007). Abordaremos mais qualitativamente a abordagem de Jones à frente.

A Psicoterapia Institucional se situa na França, em contexto semelhante ao da Comunidade Terapêutica de Jones, tendo como principal personagem François Tosquelles, médico psiquiatra refugiado da ditadura fascista franquista da Espanha. Tosquelles compreendia a conjuntura da França pós-2ª GM e a profunda destruição dos hospitais como uma impossibilidade de essa instituição seguir exercendo uma função terapêutica, passando a buscar referências em outras bases teóricas. Tosquelles concebe a noção de acolhimento, primando pela importância da equipe da instituição na construção de um suporte e de uma referência ao interno, à qual dedica sua vida a conceber. Foi no Hospital de Saint-Alban que seu trabalho tomou corpo, sendo uma das mais famosas experiências de reforma psiquiátrica no mundo, onde retoma a concepção de trabalho terapêutico e inaugura o dispositivo de Clube Terapêutico, autogerido por pacientes e profissionais. Saint-Alban possuía uma orientação psicanalítica de trabalho, uma vez que Tosquelles foi influenciado por Freud, ainda que com críticas. Tosquelles aposta, diferentemente de Jones, na transversalidade, no encontro e no confronto dos papéis profissionais e institucionais (Amarante, 2007). Importantes figuras marxistas do campo crítico ao alienismo vão passar por Saint-Alban, como Guattari, Basaglia, Fanon e Sartre.

Passando às do segundo grupo, a Psiquiatria de Setor enxerga limitações na proposta de Tosquelles e passa a apostar em uma terapêutica externa ao espaço do manicômio, adotando medidas pós-alta hospitalar. A fim de evitar reinternações, são criados Centros de Saúde Mental (CSM) distribuídos em setores das regiões francesas, de acordo com a distribuição populacional dessas regiões. Aqui nasce a ideia de regionalização, que passa, inclusive, a ser critério organizativo das enfermarias do hospital (Amarante, 2007). Essa proposta, organizada por Lucien Bonnafé, traz uma inovação para além da regionalização, que é o cuidado multiprofissional continuado, quebrando o paradigma medicocentrado e se valendo do vínculo criado entre equipe e paciente no hospital.

Saindo do velho continente, temos a Psiquiatria Preventiva desenvolvida nos Estados Unidos a partir da defrontação da gestão de Saúde Mental com as péssimas condições da assistência, violência e maus-tratos cometidos nas instituições. Assim, no ano de 1963, em meio à Guerra do Vietnã, num cenário de crescimento do uso de drogas pela juventude e de movimentos sociais contestadores da ordem burguesa, como os Panteras Negras e demais movimentos do *Black Power*, há a sanção da mudança da assistência pelo presidente Kennedy. A escola de medicina que predominava à época acreditava ser possível prevenir e

detectar precocemente todas as “desordens mentais” e erradicá-las, o que gera uma intensa “busca por suspeitos” de desenvolver tais desordens para tratamento precoce (Amarante, 2007). Caplan, figura central dessa proposta, partia do princípio de que esse tratamento precoce deveria acontecer com ou sem o consentimento e a vontade do suspeito, podendo ser decisão de um juiz de direito que isso fosse feito; há, então, uma caçada em curso (Amarante, 2007). O esforço preventivo passa a atuar orientado pelo conceito de crise, entendido como adaptação ou desadaptação social, que impulsiona a Psiquiatria Preventiva a adotar bases comunitárias, nas quais as equipes passam a intervir em crises individuais, familiares ou sociais (Amarante, 2007). É também nessa proposta que surge o conceito de Desinstitucionalização, que se torna uma grande diretriz da saúde mental dos EUA, que, a partir do mote de tornar obsoleto o HP, implanta outros tipos de dispositivos de saúde mental.

No grupo dissidente, daqueles que rompem com o paradigma psiquiátrico, temos a Antipsiquiatria, originada no Reino Unido, capitaneada pelos psiquiatras David Cooper e Ronald Laing, que passam a implantar experiências de Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional em seus hospitais. Desiludidos com a potencialidade das mudanças no manicômio, Cooper e Laing percebem que os pacientes não são só violentados e oprimidos dentro do HP, mas também em suas famílias e na vida social, passando a crer, então, que os discursos dos ditos loucos denunciavam as violências que enfrentavam (Amarante, 2007). A ideia de uma “antipsiquiatria” repousa na discordância de que a patologia se dá no indivíduo corporificado ou em sua mente, mas sim na relação sujeito x sociedade, assim como na crítica à adoção, pela psiquiatria, do paradigma das ciências da natureza. Nessa proposta, o hospital não só produziria as estruturas opressoras e patogênicas da sociedade, mas as radicalizaria; há o rompimento com a concepção de patologia e de terapêutica situadas na lógica do HP (Amarante, 2007).

Finalmente, chegando à Psiquiatria Democrática italiana, com seu principal expoente, Franco Basaglia, a experiência começa em Gorizia, com o próprio Basaglia se propondo a reformar o HP da cidade. Basaglia via na instituição psiquiátrica um profundo sistema de mortificação e desistoricização. Basaglia inicia seus processos de reforma valendo-se dos métodos da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional; contudo, enxergando suas limitações e bebendo das contribuições de Foucault e Goffman, Basaglia compreende que sua luta deve ser direcionada à negação da psiquiatria enquanto ideologia (Amarante, 2007). Assim, Basaglia passa a compreender o manicômio não só enquanto estabelecimento, mas como lógica, conjunto de práticas e saberes científicos, sociais, jurídicos e legais pautados na constituição de um espaço de isolamento, segregação e patologização da

experiência humana, dedicando sua vida a uma elaboração e práxis de superação do manicômio.

Basaglia, junto de boa parte de sua equipe de Gorizia, vai a Trieste implementar suas formulações reformistas e tem um grande êxito, sendo essa a mais rica experiência de transformação radical na psiquiatria, que inspirou muitas outras no mundo, como a do Brasil, como veremos em capítulo futuro. Ainda em Trieste, conforme foram fechando os pavilhões do manicômio, serviços substitutivos ao HP foram sendo abertos — a concepção de dispositivo substitutivo ao manicômio nasce aqui, com a implantação de Centros de Saúde Mental enquanto centros de base territorial, atuando nos territórios, sem remover os pacientes de lá (Amarante, 2007). Outras estratégias foram a criação de cooperativas de trabalho, residências para os ex-internos habitarem suas cidades e grupos voltados às artes. É essencial demarcar que Franco Basaglia era marxista, militante comunista, tendo construído a luta política pela institucionalização da reforma psiquiátrica italiana junto a figuras do Partido Comunista Italiano — evidentemente, não sem atritos, dado o histórico de questões que envolvem todo o movimento comunista internacional —, como Franca Ongaro Basaglia, sua companheira, histórica militante comunista do PCI, senadora da República da Itália e figura central da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no país (Pereira, 2021).

Antes de passar à contextualização das Comunidades Terapêuticas, gostaríamos de abordar aqui os feitos de Franz Fanon. Ainda que não tenha desenvolvido uma experiência consolidada de reforma psiquiátrica, Fanon influenciou Franco Basaglia na radicalização da luta anticapitalista contra a manutenção da ordem da branquitude burguesa, materializada na instituição de violência que são os manicômios (Basaglia, 1985). Fanon foi um psiquiatra, homem negro, martinicano, que estudou com Tosquelles em Saint-Alban, tendo tido contato com as teorias marxistas e existencialistas a partir de Sartre, e também influenciado por Basaglia, ainda que nunca tenham se encontrado de fato.

Fanon, quando à frente do Hospital Psiquiátrico de Blida, no que era a Argélia colonial, depara-se com uma separação racial nas enfermarias, que eram divididas entre colonos brancos, negros colonizados e muçulmanos colonizados (Sevalho, 2022). Fanon desfaz essa divisão racial, reorganizando as alas das enfermarias de acordo com os critérios diagnósticos e de sofrimento, fazendo com que colonizadores e colonizados desfrutassem igualmente de tratamento adequado, além de abrir as portas do manicômio para que familiares compusessem a terapêutica dos pacientes, como ocorria em Saint-Alban. É a partir das contribuições de Franz Fanon que se desenvolve, no âmbito das Reformas Psiquiátricas, a compreensão do manicômio como dispositivo capitalista de opressão racial (Passos, 2019). O

movimento de Fanon de demitir-se da direção do Hospital de Blida e aderir à luta anticolonial e anticapitalista armada, ao entrar para a Frente de Libertação Nacional, influenciou profundamente o pensamento de Basaglia e reverberou na radicalização de sua luta contra o modo de produção capitalista.

Agora que compreendemos as distintas experiências de Reformas Psiquiátricas e suas respectivas influências, passemos à apresentação das distintas abordagens nomeadas como Comunidade Terapêutica. De Leon (2012) realiza um esforço de reunir as características das Comunidades Terapêuticas nos EUA, a fim de constituir uma metodologia científica sólida que fundamente a organização, o modelo e a prática da CT para dependência química, diferenciando-a da CT para transtornos mentais. Inclusive, seu livro “A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método” foi traduzido no Brasil pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRCT), após a vinda de De Leon ao país para o XX Congresso da Associação Brasileira de Estudos do Alcool e outras Drogas (ABEAD), em 1982.

De Leon (2012) apresenta a CT de Dependência Química, ou CT-AD, como produto de algumas influências centrais que aparecem de forma geral, ainda que alguns estabelecimentos possuam distinções pontuais, sendo essas influências provenientes das experiências do Grupo de Oxford, dos Alcoólicos Anônimos e da Synanon. O Grupo de Oxford é um grupo com forte influência cristã protestante, de origem estadunidense, e pregava o retorno à pureza cristã, compreendendo o alcoolismo e a doença mental como erosão do tempo e do espírito. Acreditavam na ética do trabalho e na reparação dos danos causados como métodos de tratamento e superação da dependência (De Leon, 2012).

Os Alcoólicos Anônimos (AA) têm influência do Grupo de Oxford e partem da conversão religiosa, falando sobre a entrega a um poder maior e uma missão de salvação coletiva. Partem da noção dos doze passos como forma de redenção e superação do vício, envolvendo a confissão, a reparação dos males feitos e a conversão à crença do grupo como forma de salvação (De Leon, 2012). Porém, não compartilham da ideia de um Deus religioso nos moldes de Oxford; não há uma demarcação única de um Deus cristão para o AA, que prega a espiritualidade em si e se pauta na importância de se manter “limpo”, leia-se, abstinente, porém sem excluir aqueles que não se mantinham abstinentes (De Leon, 2012).

No que concerne à Synanon, esta deu origem aos conceitos básicos das CTs de dependência química, pautando-se em características clássicas de autoajuda, realizadas em um grupo pequeno e valendo-se de reuniões para “associação livre”, o que se torna um grupo terapêutico (De Leon, 2012). Existe uma influência do AA na Synanon; ambas se orientam

pela autoajuda a partir da interação com outros indivíduos na mesma situação, além da utilização do grupo com encontros regulares, tendo também uma correlação dos doze passos do AA com a metodologia de evolução do tratamento da CT (De Leon, 2012). O ambiente residencial, o perfil específico dos participantes, o trabalho e as funções hierárquicas, além de outros elementos, passam a ser diferenciais na caracterização das CTs daqui para frente (De Leon, 2012).

De Leon (2012) ainda aponta características da Synanon que prevalecem na CT-AD, o que torna o método principalmente influenciado por essa escola, mesmo tendo influência também das demais anteriormente apresentadas. São elas:

- i) Ambiente e Organização: o ambiente não residencial das reuniões do AA é substituído pela comunidade residencial intensiva de 24 horas, com todas as atividades cotidianas (trabalho, relacionamentos, recreação, grupo terapêutico e reuniões comunitárias). A fraternidade não estruturada dá lugar a uma organização hierárquica altamente estruturada, com viés empresarial de arrecadação e produção de lucro, em que as decisões são tomadas por poucos, de forma autocrática;
- ii) Perfil dos clientes: a Synanon abrange o uso de diversas substâncias além do álcool, despontando como inovação por abarcar drogas ilícitas ou socialmente marginalizadas, buscando promover tratamento aos usuários. Fala-se também sobre a maior presença de mulheres e pessoas não brancas nesse modelo;
- iii) Metas: a meta principal deixa de ser apenas a sobriedade e passa a ser a mudança psicológica e de estilo de vida dos internos, que se inicia, sim, com a sobriedade, tornando-a pré-requisito do programa. Já no AA, pessoas que ainda bebiam podiam participar. Esse traço se manteve nas CTs;
- iv) Orientação: a orientação psicológica foi um diferencial. A ideia de crença em um poder superior é substituída pela autodeterminação e pela responsabilidade individual; o poder da mudança reside na própria mudança e no engajamento na comunidade, substituindo a confissão pela partilha pública;
- v) Processo grupal: o grupo terapêutico de associação livre foi uma virada. O diálogo intenso e coletivo, voltado a enfraquecer barreiras subjetivas, era promovido e direcionado aos sujeitos do coletivo, com o objetivo de desvelar e alterar os comportamentos relacionados ao uso abusivo. Os grupos passam a ser mais diversos, com temas, lideranças e formatos distintos.

Assim, compreendemos que a CT-AD se trata de uma abordagem de autoajuda, construída fora dos saberes psi, médicos ou de demais áreas técnicas da saúde, não se valendo também de um corpo técnico de profissionais dessas áreas, sendo o trabalho de tratamento realizado pelos próprios internos, pelos companheiros e pelos gestores das unidades (De Leon, 2012). A CT-AD se volta exclusivamente a pacientes que fazem uso de alguma droga e que não possuem transtorno psíquico prévio. É relatado na obra que pacientes psiquiátricos na CT-AD se tornam uma dificuldade e, nos casos de surto durante o tratamento na CT, a pessoa é retirada do programa (De Leon, 2012).

Ainda que aponte para a não utilização de embasamento em saberes psi e médicos em sua formulação, algumas orientações metodológicas apontam para proximidades com algumas áreas da Psicologia, como as abordagens esquemáticas. Estas se concentram nos construtos da cognição e do comportamento dos sujeitos, como é o caso da Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC), que também é uma abordagem utilizada pela psiquiatria no tratamento de alguns transtornos psíquicos (De Leon, 2012).

Isto é, lidam com a questão do uso de substâncias como uma questão essencialmente comportamental, tratando-a como um hábito compulsivo de uso e, por isso, agindo sobre o comportamento de uso em si, pensando condições de uso, situações estressantes que podem levar ao uso e influências que levam ao uso, tudo sempre focado no comportamento (De Leon, 2012). A título de exemplificação, no Manual “Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais”, escrito por Paulo Dalgalarondo (2019), na versão atualizada com o DSM-5 e o CID-11, aponta-se, no capítulo 35, “Transtornos devidos ou relacionados a substâncias e comportamentos aditivos”, para a dimensão comportamental e compulsória do uso ao tratar dos transtornos envolvendo o uso de substâncias. O Manual Diagnóstico DSM-5 (APPA, 2014) também leva em conta o ambiente na construção do diagnóstico, mencionando o “ambiente protegido”.

No que diz respeito à Comunidade Terapêutica enquanto dispositivo, temos a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones e uma tentativa de utilização do dispositivo por Franco Basaglia, na Itália, inspirado na experiência de Jones. Jones (1972) já se diferencia do que De Leon descreve a partir de sua compreensão sobre “Comunidade”. Para o inglês, todos os que compõem o corpo do dispositivo, direta ou indiretamente, são parte da comunidade, isto é, profissionais em geral, pacientes e familiares.

Uma vez que não se volta a uma organização para dentro, ou seja, toda a vida do paciente acontece dentro do estabelecimento, como é o caso da CT-AD, Jones (1972) compreende que o processo sociocultural é uma parte integrante do tratamento, sendo a

Comunidade Terapêutica o sistema social resultante do processo terapêutico. A experiência jonesiana se volta a estabelecer uma organização social democrática, igualitária, sem hierarquias quaisquer, trazendo paciente e familiar para o centro do cuidado, junto aos profissionais, atribuindo a cada ator suas funções no processo como um todo, cujas funções são constantemente debatidas e examinadas (Jones, 1972). Essa característica se volta inclusive a questionar e repensar a centralidade de cada tipo de saber na construção do tratamento e como se constrói a figura de cada classe profissional dentro do espaço da CT. Tudo isso **sem romper totalmente com a estrutura e organização do manicômio** (Jones, 1972).

Assim, diferente da CT-AD de De Leon, a CT de Jones possui equipe profissional; são citadas categorias como psicólogos, médicos psiquiatras, serviço social, enfermagem e terapia ocupacional, e há indícios de que o trabalho se dá de forma multiprofissional³, valendo-se de visitas domiciliares, o que indica que o território também é levado em consideração na estruturação do cuidado (Jones, 1972). É importante que compreendamos a diferença crucial entre ambos: De Leon não fala em “cuidado”, e sim em “tratamento”; já Jones fala sobre a construção de uma “cultura terapêutica” (Jones, 1972, p. 90) integrativa, democrática e em contraste com o paradigma alienista.

Jones fala sobre uma espécie de corresponsabilização do cuidado entre os pacientes, de forma não hierárquica e autogerida, por meio da reunião comunitária, cujos moldes também se assemelham ao dispositivo de terapêutica grupal (Jones, 1972). Nesse dispositivo, os pacientes também exercem direção por meio do conselho dos pacientes, no qual estes se organizam em suas tarefas e vão, gradativamente, assumindo maior responsabilidade dentro da organização geral. No que concerne às estratégias profissionais, o autor trata de reuniões de equipe de avaliação ou *feedback*, autoanálise e análise de casos. Assembleias comunitárias de avaliação do funcionamento são outras características do dispositivo de CT relatado por Jones (1972). Por último, Jones (1972) dá indícios de que o trabalho territorial é importante para a cultura terapêutica, ao mencionar o tratamento familiar a domicílio e “planos para integração de todas as forças potenciais para o tratamento do ambiente social do paciente e de sua família” (Jones, 1972, p. 122).

Enquanto orientação clínico-terapêutica, existe nítida influência da teoria psicanalítica — distanciando-se brutalmente da experiência da CT-AD —, utilizando-se, ao longo do texto, conceitos ligados à Tópica do Inconsciente, como Eu e Ego (Freud, 1923). O autor ainda faz

³ O autor fala em “comunalismo” como uma abordagem de cuidado em que a ênfase no papel terapêutico não está centrada na figura do médico, mas é compartilhada entre todos (Jones, 1972, p. 91).

alusão a um instrumento de trabalho que em muito se assemelha ao conceito de análise de implicação⁴, proveniente da Análise Institucional (L'Abbate, 2012). Por fim, sua experiência não trata especificamente de pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e está situada no bojo das experiências de reforma dos manicômios clássicos.

Basaglia, em “A Instituição Negada” (1985), também fala em Comunidade Terapêutica, de forma um tanto experimental, conforme relata os entraves e desafios encontrados no Hospital de Gorizia frente à sua militância e postura profissional em prol da desmanicomialização das instituições de tratamento psiquiátrico. Basaglia, junto com Shittar e outros autores, escreve na obra sobre as experiências dentro do manicômio, as violências presenciadas e perpetuadas e suas tentativas de reforma frente ao hospital psiquiátrico.

Quando Basaglia e Shittar falam sobre Comunidade Terapêutica, falam de maneira um tanto quanto ensaística e experimental, inspirados em Jones, como um método que, mesmo não sendo fechado, revoluciona a relação médico-paciente, utilizando-se de todos os recursos da instituição, tendo esta como um “conjunto orgânico não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar” (Shittar, 1985). O modelo ao qual Basaglia se refere orienta-se pela construção de um plano terapêutico amplo, que leve em conta os saberes não só dos médicos psiquiatras, mas também dos pacientes e demais profissionais. Ainda, no capítulo de Lucio Shittar, “A Ideologia da Comunidade Terapêutica”⁵ o autor elenca algumas características da CT a que se refere, sendo elas: liberdade de comunicação não hierárquica; análise de tudo que se passa na comunidade, nas dinâmicas individuais e interpessoais; tendência à destruição da relação tradicional de autoridade; reeducação social; e realização de reunião diária com toda a comunidade (Shittar, 1985).

Importante apontar que a CT descrita na obra basagliana chama atenção para algumas nuances de escolas reformistas francesas, como a Psicoterapia Institucional e a Esquizoanálise, que sofrem influência da teoria crítica marxista, como a concepção de grupos sujeitos e assujeitados (Simonini; Romagnoli, 2018 *apud* Guattari, 1987). O apontamento que Basaglia faz a Fanon, além de seu histórico de ligação — ainda que tensa — com o movimento comunista italiano, corrobora essa análise. Por fim, a experiência de CT basagliana não compreende pacientes com transtorno psiquiátrico que fazem uso de álcool e outras drogas.

⁴ O autor fala que os profissionais da CT, em seu treinamento constante, têm uma grande carga de “auto-análise” (Jones, 1972, p. 120).

⁵ SHITTAR, L. A Ideologia da Comunidade Terapêutica. In: BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Enquanto as proposições de Comunidade Terapêutica sistematizadas por Jones e experimentadas também por Basaglia em Gorizia se situavam em uma construção de reforma psiquiátrica, a proposição da metodologia de Comunidade Terapêutica arquitetada por De Leon encontra-se em um eixo de reforma moral e individual do sujeito (Cavalcante, 2019). É essencial compreendermos o bojo teórico em que residem e surgem ambas as experiências que recebem o mesmo nome, pois é desde a raiz que identificamos suas distinções e influências que as atravessam. Quando pensamos o caso brasileiro, observamos uma semelhança da organização de Comunidade Terapêutica baseada na experiência da CT-AD estadunidense (Passos *et al.*, 2023). Vejamos, a seguir, como e em que condições essas entidades chegam ao Brasil.

Ressaltamos, por último, que, por mais potente que qualquer experiência denominada Comunidade Terapêutica possa ter sido, Basaglia (1985) já apontava para os limites dessa proposta como substituição ao manicômio moderno, entendendo que nenhuma delas se propõe a romper com o manicômio. E, uma vez que não se rompe com a instituição de violência, não é possível falar em cuidado verdadeiramente.

1.3 A chegada das Comunidades Terapêuticas no Brasil

A chegada das Comunidades Terapêuticas ao Brasil remonta ao período da Ditadura Empresarial-Militar (1964-1985). Cavalcante (2019) aponta como a primeira delas a que surgiu na cidade de Goiânia (GO), em 1968, sob o nome “Desafio Jovem”, sob a direção do Pastor Edmundo, já sendo orientada por um movimento religioso cristão. Cavalcante (2019), trazendo Fracasso para o debate, aponta que, tal qual nos EUA, as CTs no Brasil sofrem pouca influência das contribuições da CT inglesa de Jones, apresentada no ponto anterior. Cavalcante (2019) ainda aponta outras duas CTs relevantes surgidas nessa mesma época, agora no Sudeste, sendo a Comunidade S8, em Niterói/RJ (1971), e a Comunidade Terapêutica Senhor Jesus, em Campinas/SP (1978).

Antes de seguir caracterizando o que a literatura demarca como os “primeiros passos” das CTs no Brasil, acreditamos ser importante situar o tempo histórico-político em que isso se dá, assim como a conjuntura socioassistencial do referido período. Brevemente apresentando, a Ditadura Empresarial-Militar brasileira se dá com o golpe contra João Goulart, em abril de 1964, sob o discurso de barrar uma ameaça comunista no país. Nesse contexto, a burguesia empresarial, os militares e a direita que compunha o parlamento brasileiro à época, apoiados pelos Estados Unidos, unem-se em prol de um projeto de Estado que segue um nacional-desenvolvimentismo dependente do capital estrangeiro e um regime interno de

intensa vigilância e repressão aos movimentos dissidentes (Passos, 2024). No cenário socioassistencial, o período é marcado pelo que muitos autores vão chamar de “cidadania regulada” (Santos, 1979), em que os direitos sociais — saúde e previdência — estavam, em suma, vinculados ao mercado formal de trabalho, voltados a uma medicina previdenciária, hospitalocêntrica e assistencialista, com presença considerável de parcerias público-privadas (Menicucci, 2004). Mathias (2018) retoma as contribuições de Ligia Bahia nesse debate, apontando que aqueles não alocados no mercado formal de trabalho tinham acesso à saúde em algumas unidades públicas de saúde e recorriam à filantropia, nas Santas Casas de Misericórdia.

Aí está um ponto importante para compreender o que Cavalcante (2019) aponta no caso das CTs que chegam ao Brasil, em que estas superam o binômio médico-legal da questão das drogas no Brasil — como apresentado em ponto anterior — e inauguram um trinômio religioso-médico-legal. A autora retoma um debate que Ianni (1996) faz sobre a secularização do Brasil, convergente à formação social nacional, que atribui à cura o caminho da religião, que se espelha na construção de uma racionalidade *hemiderna*⁶ no Brasil, que favorece essa tríade das CTs e que impulsiona seu crescimento. A autora, quando retoma Ianni (1996), vai apresentar que justamente os países latino-americanos vão sofrer forte influência dos ideais religiosos na conformação de seus tecidos sociais, de forma subordinada aos interesses imperialistas das nações do centro do capital industrial, como, por exemplo, os EUA.

O que se observa já nas primeiras três Comunidades Terapêuticas que Cavalcante (2019) retoma é a religiosidade presente na Desafio Jovem, liderada pelo Pastor Edmundo; na Comunidade S8, que surge da filantropia, criando uma “forte tradição evangélica de atenção a dependentes” (Cavalcante, 2019, p. 262); e na Senhor Jesus, coordenada pelo Padre Haroldo Rham. Ainda que de formas distintas e orientadas por diferentes correntes do cristianismo, observamos as CTs brasileiras profundamente ligadas à religiosidade desde seu surgimento, na mesma via do aprofundamento do reconhecimento da autoridade religiosa no trato do sofrimento e na coesão do pertencimento social no ideário brasileiro (Cavalcante, 2019).

A autora vai tratar exatamente da tendência das classes populares em recorrer à religião para o cuidado, para o “apoio social”, como chamam as autoras, como um mecanismo para atenuar ou gerar significado ao sofrimento social que se expressa em queixas

⁶ A autora utiliza esse termo para falar sobre uma racionalidade que se apresenta enquanto moderna, se aloca na modernidade, mas é embebida em conceitos do passado e faz dele sempre vivo, uma mentalidade arraigada nos saberes tradicionais religiosos, que se refaz de modo a atualizar o velho (Cavalcante, 2019).

“menores”, as quais o sistema de saúde nomeia como “estresse” e não absorve (Cavalcante, 2019). Ainda, as autoras vão apontar que esse estresse é fruto das condições de reprodução da vida cotidiana, das condições às quais o capital submete o proletariado, e que a classe, buscando o apoio social, recorre à comunhão religiosa, que no Brasil se deu principalmente no cristianismo e, mais recentemente, nas correntes protestantes e, principalmente, neopentecostais. Em suma, é na desresponsabilização do Estado, é no projeto de política social conduzido pela burguesia, de asfixia da política social, que esse movimento se dá.

Retornando às primeiras CTs relatadas por Cavalcante (2019), a autora ainda resgata a relação delas com a política institucional brasileira, tendo a Comunidade S8, no Rio de Janeiro, tido importante participação em conselhos de direitos, como o Conselho Estadual de Drogas e os Conselhos Municipais de São Gonçalo de Direitos da Criança e do Adolescente, da Mulher e Antidrogas. A CT Senhor Jesus também é apontada como tendo forte articulação na agenda política em prol das CTs. A autora também lança mão de dados da pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de 2017, sobre Comunidades Terapêuticas, apontando que este é um traço característico das CTs no Brasil que se perpetua e se aprofunda. Contudo, este tópico é direcionado à chegada das CTs no Brasil; esse aspecto será trabalhado mais a fundo em capítulo à frente.

Nas experiências de CTs abordadas, Cavalcante (2019) aponta o caráter de profissionalização da CT, para além de um espaço de autoajuda, apenas na Comunidade S8 que, com seu crescimento, adotou uma metodologia baseada em operadores com experiências pessoais de uso de drogas, familiares e profissionais de distintas áreas. A autora aponta uma característica importante, averiguada tanto na Comunidade S8 como na Senhor Jesus: a presença do dispositivo da internação. A Senhor Jesus propunha internações de longa duração, por volta de 12 meses, contando ainda com experiências de reintegração familiar e comunitária em residências. Ainda segundo a autora, as CTs mais profissionalizadas possibilitavam a construção de conexões grupais e sociais por meio do acesso à moradia, alimentação, trabalho e acompanhamento ambulatorial pós-internação, de forma a evitar a reincidência e mediar a vida dos “ex-residentes” em comunidade.

O que nos leva de volta à questão da busca pelo apoio social, uma vez que, durante o regime empresarial-militar, o contexto da assistência em saúde era voltado a um modelo biomédico e hospitalocêntrico, proposta que não dava conta do sofrimento da classe trabalhadora à época. É, inclusive, justamente nesse cenário de hospital e CT religiosa que a crença de que o isolamento, a internação e a abstinência total eram bases para a recuperação se enraíza, auxiliada pela experiência com grupos de ajuda mútua, como Alcoólicos

Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), que também se orientavam pela abstinência total. Cavalcante (2019) também aponta que houve um encontro das CTs com a metodologia do AA, de forma um tanto posterior e não tão orgânica, em razão de algumas distinções, como o tempo de internação e a composição da equipe responsável pelo tratamento, levando algumas a se manterem religiosas e outras a adotarem o método dos 12 passos do AA.

Importante pontuar que, nessa época, o Movimento de Reforma Psiquiátrica já travava uma importante e árdua luta contra o modelo asilar alienista; contudo, como aponta a autora, sua influência no campo de álcool e outras drogas (AD) até os anos 2000 era fraca. Falaremos mais sobre as construções desse movimento no Capítulo II.

Apresentando uma experiência profissional em um serviço que recebe o nome de Comunidade Terapêutica, Cavalcante (2019) elenca algumas características que, ao longo do tempo, observamos nas CTs contemporâneas, como a abstinência de drogas e sexo como condição para o tratamento e a docilização dos corpos a partir da disciplina, típica de instituições totais (Goffman, 1974). Outras características apresentadas são as sanções à indisciplina, a distribuição de tarefas comunitárias aos internos e a prática da espiritualidade/religiosidade enquanto uma forma de conversão moral a uma normatividade ético-moral, a uma conduta moralmente alinhada à sociabilidade burguesa (Cavalcante, 2019). Tanto o IPEA (2017) quanto Passos *et al.* (2020) compreendem a CT brasileira como uma atualização do manicômio moderno, pois, além das práticas asilares e de isolamento, as práticas disciplinares utilizadas também englobam castigos físicos, violações de direitos humanos, tortura e condições de subsistência humana, além do trabalho análogo ao escravo, verificado também no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP *et al.*, 2018), produzido pelo Conselho Federal de Psicologia em parceria com outras instituições, como o Ministério Público Federal e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.

A autora ainda resgata as influências que atravessam a metodologia apresentada por De Leon, que abordamos no ponto anterior, sobre o AA, o Grupo de Oxford e a Synanon, que justamente remontam a essa espiritualidade voltada ao ajuste moral, contra excessos dissidentes da disciplina da sociabilidade burguesa para o trabalho, o que vai sustentar a caracterização do IPEA (2017) do tripé disciplina-trabalho-espiritualidade. Por último, é constatada a influência, na CT brasileira, da experiência Daytop Village, também estadunidense, que se valia de uma metodologia mista, utilizando profissionais treinados e ajuda mútua, o que o IPEA (2017) nomeia como metodologia de suporte de pares e equipes multiprofissionais. Esse é um ponto crucial para a presente pesquisa, pois é a partir dessa

construção de metodologia pautada na profissionalização, na utilização de profissionais, que vai culminar na disputa da Psicologia, que será pauta de tópico futuro.

Cavalcante (2019), no esforço de resgate da conformação da Comunidade Terapêutica brasileira, trata da virada institucional dessas entidades, realizando uma disputa com o campo da saúde mental e reivindicando, inclusive, o monopólio da assistência a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, nomeando-se como clínicas de tratamento e adotando outras nomenclaturas que remetem a espaços de tratamento em saúde. Ainda nesse contexto, a autora relata a experiência de uma CT ligada a uma igreja batista na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, atuando em parceria com um dispositivo de saúde pública de forma complementar, o que é corroborado pela pesquisa do IPEA, que apontou um número considerável de internações em CTs provenientes de encaminhamentos de serviços de saúde (Cavalcante, 2019; IPEA, 2017).

Ainda que haja essa relação, Santos (2018) aponta para uma diferença basilar na condução do trabalho existente entre a Saúde Mental pública e as Comunidades Terapêuticas, que é o condicionamento à abstinência nas CTs. Em contrapartida, há a adoção da Redução de Danos como orientação de trabalho e cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas desde a promulgação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2004), que será melhor elaborada no próximo capítulo.

Lima (2017) trata da dificuldade das CTs de se estabelecerem no cenário político federal no início dos anos 2000, mesmo com a Política Nacional Antidrogas, promovida pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), estruturada nas Comunidades Terapêuticas e em políticas criminais em 2001, no II Fórum Nacional Antidrogas. O que acontece é que, nesse mesmo ano, também ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual a temática das drogas foi abordada e alocada no escopo da saúde mental, sob os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), tendo, pouco tempo depois, o campo estabelecido a estratégia da redução de danos como orientação primordial no cuidado em álcool e outras drogas (AD) (Lima, 2017). As CTs passam a compor o cenário público do tratamento de pessoas em uso prejudicial de drogas apenas em 2010, com o Programa Crack é Possível Vencer (Weber, 2021), do Ministério da Justiça. Esse movimento na esfera federal evidenciou que as CTs já possuíam um nível de organização e influência política considerável, o que abordaremos nos capítulos futuros.

Quando falamos que as Comunidades Terapêuticas no Brasil se consolidam no tripé religioso-médico-legal, observamos uma atualização de um paradigma já conhecido da

política de drogas brasileira a partir da adição do caráter religioso, paradigma esse que estrutura todo um aparato repressivo ao povo negro e à sua cultura no Brasil desde a época imperial (Cavalcante, 2019; Souza, 2024; Cáceres, 2020). Se o manicômio e o código criminal se estruturam como instrumentos de repressão do corpo negro, de sua cultura e de seus hábitos, quando conseguimos avançar no ideário social “por uma sociedade sem manicômios” e avançamos no fechamento desses estabelecimentos, observamos, tal qual na mudança do regime imperial para o liberal, uma atualização da lógica que estrutura o país há séculos (Souza, 2024; Cáceres, 2020).

O manicômio se atualiza e tem sua expressão contemporânea nas Comunidades Terapêuticas, passando essas entidades a serem tão efetivas na velha ordem do dia quanto seus antepassados, operando uma política de controle dos corpos negros, de criminalização de suas práticas e introjetando uma subjetividade moralizante, branqueadora, antinegra e que também é antidroga (Passos, 2020; Souza, 2024; Cavalcanti, 2019; Cáceres, 2020). Compreender o processo de alastramento das Comunidades Terapêuticas como (re)manicomialização é também desvelar quais são as lógicas mais finas que elas operam e reverberam, bem como a função que cumprem em uma sociedade que já passou pelo espanto com os manicômios, mas que segue não espantada com a violência racialmente direcionada (Passos, 2020). Ao passo que tais entidades assumem as características do manicômio moderno, sua identidade e sua práxis, passam também a atuar em uma política de controle racial, de produção de uma subjetividade moralizante e de um *ethos* antidrogas, logo, também sendo agentes do proibicionismo na sociedade contemporânea (Souza, 2024).

CAPÍTULO II - As Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil

No capítulo anterior, apresentamos um panorama geral acerca das relações humanas x drogas em diferentes períodos históricos, pré e pós-era moderna, no mundo e no Brasil. Apresentamos como se dá a virada de chave no paradigma sociopolítico que regia a relação dos Estados capitalistas, do centro e da periferia, com as drogas, desde as primeiras medidas de contenção e proibição de drogas até a doutrina proibicionista, passando pela então chamada Guerra às Drogas.

Como já apresentado, a proibição das drogas no Brasil parte de uma construção de Estado-nação orientada racialmente na formação de um Estado antinegro, que se utiliza de distintos aparatos, incluindo o direito e a medicina e seus artifícios, para subjugar o povo negro e sua cultura (Cásseres, 2020; Souza, 2024). E, a partir da criminalização da cultura desse povo, chega-se à criminalização de uma droga específica, que conhecemos hoje por maconha, já inscrita na Constituição da recém-proclamada República brasileira, de 1890 (Souza, 2024), texto legal que iniciou um longo histórico de políticas sobre drogas em nosso país.

Neste capítulo, buscaremos realizar um resgate das políticas de drogas e de como estas passam a ser compreendidas como políticas de saúde mental, álcool e drogas, do período da Ditadura Empresarial-Militar até o ciclo democrático-popular, abordando a inclusão das Comunidades Terapêuticas em seu bojo e o que isso acarretou à política (social) de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil.

2.1. Historicizando as Políticas de Saúde Mental, Álcool Drogas no Brasil

Com Souza (2024) e Cáceres (2020), pudemos compreender a construção de distintos regimes de visibilidade dos corpos negros, instituídos nos paradigmas médico-psiquiátrico e legal-penal, que associam o negro e sua cultura à loucura, à periculosidade e à degenerescência, sendo estes elementos constitutivos de uma crise da sociedade brasileira que se tentava construir. E daí decorrem os Códigos Penal e de Processo Penal e a Constituição de 1890, que criminalizam o negro e seus hábitos, chegando-se à criminalização da maconha como um desdobramento da criminalização da cultura negra de maneira ampla.

Observamos as primeiras legislações específicas sobre drogas na virada para o século XX, ainda nas primeiras décadas, com decretos presidenciais com força de lei, restringindo drogas específicas. O Decreto presidencial nº 11.481/1915 versava sobre as restrições ao “abuso crescente” de ópio, cocaína e derivados, enquanto outras medidas legais expressamente proibiam o consumo de maconha, com vistas a manter as estruturas sociais (Rosa; Guimarães, 2020; Governo do Rio Grande do Sul, 2020). É importante distinguirmos, já nessas medidas iniciais, o tratamento distinto dado a diferentes substâncias. Antes de todas serem alocadas sob o termo guarda-chuva “drogas”, as distintas substâncias receberam diferentes medidas legais, motivadas principalmente pelo público que as consumia. Enquanto a maconha era conhecida como o “fumo de Angola” ou “ópio de pobre” e seu uso era estigmatizado junto à população negra, a cocaína, o ópio e seus derivados eram distribuídos em farmácias, e seu uso era tido como algo elegante, associado à alta classe (Rosa; Guimarães, 2020), o que corrobora o apresentado por Souza e Cáceres.

Seguindo a esteira das legislações sobre drogas no Brasil, o Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921, versa acerca da conduta daqueles que comercializavam e usavam drogas, já sob um binômio “tratamento”-repressão, em que o tido “viciado” era direcionado a tratamento compulsório em sanatório para toxicômanos, o que, mais uma vez, expressa a íntima ligação entre a loucura e o uso de substâncias na construção da política de drogas brasileira (Rosa; Guimarães, 2020). Até então, dentro da organização da República, não

existia uma legislação que correlacionasse o uso de substâncias à saúde mental e condicionasse o usuário ao tratamento. Aqui se inaugura — ou se atualiza e institucionaliza — a lógica do binômio assistência-repressão, que é um dos alicerces da Guerra às Drogas contemporânea.

Nas décadas seguintes, 1930 e 1940, o panorama segue muito semelhante, acirrando-se gradativamente tanto no aspecto jurídico-penal quanto no âmbito médico-psiquiátrico. Na década de 1930, a maconha entra para o hall de entorpecentes proibidos de venda e circulação, intensificado pela institucionalização, através do Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938, de uma comissão nacional de fiscalização de entorpecentes. Como apresentamos, esses regimes de visibilidade andam em conjunto, pautados no critério racial. Ao passo que a maconha era sitiada e proibida de ser consumida, vendida e comercializada, havia a influência de importantes aparelhos de hegemonia⁷ na produção de uma narrativa antidrogas e antinegro, como a Liga de Higiene Mental, da classe e do saber médico, e de campanhas midiáticas governamentais. Enquanto a Liga de Higiene Mental, fundada por médicos, e a amplitude da classe médica liam o uso de drogas enquanto doença e vício, atrelando a prática à degradação moral e à miscigenação racial, as campanhas midiáticas associavam a figura do usuário de maconha à vagabundagem, o que englobou os sambistas e capoeiristas, justificando ações violentas contra grupos negros e sustentando uma política de internação aos usuários, ou “toxicômanos”, e prisão aos traficantes (Rosa; Guimarães, 2020; Governo do Rio Grande do Sul, 2020). Na década de 1940, é editado o Código Penal brasileiro, que passa a englobar o crime de tráfico com reclusão de até cinco anos, enquanto crime contra a saúde pública. A partir daqui, as legislações sobre drogas só voltam a ser alteradas sob o regime empresarial-militar (Governo do Rio Grande do Sul, 2020).

Já na década de 1950, o país não teve nenhuma alteração na legislação sobre drogas. Foi uma década um tanto quanto conturbada na política brasileira, em que, dos cinco a terem assumido a cadeira da Presidência da República, após um suicídio e dois impedimentos, apenas um terminou seu mandato, já na segunda metade da década, em 1956, com a posse de Kubitschek, que governou até 1961. E assim inauguramos a década de 1960, que é de grande relevância para os estudos de política de drogas que trazemos aqui.

Jânio Quadros (PTN), após sete meses de mandato, renuncia, e assume então João “Jango” Goulart (PTB), em um cenário delicado de tensionamento na política interna e

⁷ No sentido gramsciano, de produção de coesão e consenso social, de produção de ideologia.

acirramento dos embates de classe, enquanto uma burguesia nacional, aliada às alas mais conservadoras das Forças Armadas, armava o cerco contra a democracia brasileira. Além disso, havia um grande tensionamento externo, com pressão dos EUA através do Plano Aliança para o Progresso, lançado em 1961, como forma de sitiar a América Latina contra o avanço do socialismo após a Revolução Cubana de 1959. A década de 1960 também foi aquela que gestou o acirramento da política de controle e proibição de drogas e alucinógenos nos Estados Unidos, que se voltou a uma cruzada interna orientada aos movimentos de contracultura, que realizavam festivais como Woodstock e organizavam diversos protestos e passeatas contra guerras travadas no mundo pelo governo americano, como a Guerra do Vietnã (Carvalho; Alencar; Souza, 2023).

Retornando ao Brasil, logo após o golpe de 1964 e a instauração do regime burgo-militar, há mudança significativa no âmbito da política de drogas, com a ratificação da Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, que estabelece uma espécie de força-tarefa internacional no combate às drogas e uma lista de entorpecentes proibidos maior do que a vigente no país à época (Carvalho; Alencar; Souza, 2023). O paradigma dicotômico médico-penal permanece presente, contudo, acirrado, uma vez que o regime ditatorial elege como inimigos todos aqueles que se opõem à sua conduta, nomeando-os subversivos, delinquentes e “comunistas”, sendo estes os corruptores dos filhos das “boas famílias” que passaram a consumir mais drogas (Carvalho; Alencar; Souza, 2023).

Foi durante o regime ditatorial que a diferença de tratamento entre os agrupamentos de usuários e traficantes se acentua. O conservadorismo e a racionalidade hemiderna (Cavalcante, 2019) da época gestam um caráter belicista na sociedade brasileira, que se aplica ao tema das drogas e ganha grande espaço no Brasil, ao passo que o país assume o compromisso internacional de combate às drogas. E, se até agora falamos que as penalidades aplicadas pelo Estado brasileiro aos crimes de drogas são orientadas majoritariamente à população negra, pobre e periférica, esse período não se diferencia em nada nesse aspecto (Carvalho; Alencar; Souza, 2023). O período ditatorial também mostra que a suposta dicotomia médico-penal, que se faz na distinção de tratamento entre as “classes” distintas, na verdade se constitui enquanto um regime engendrado, principalmente no que concerne ao “tratamento” aos usuários.

Durante o período referido, há uma grande aposta do governo federal no que ficou conhecido como “Hospitais Colônia”, “Colônia de Alienados” ou somente “Colônia”, que se tratavam de grandes espaços, muitas vezes grandes fazendas afastadas de ambientes urbanos, voltadas ao tratamento de pessoas ditas “loucas”. Em suma, grandes manicômios em meio

rural que se utilizavam da mão de obra dos internos para criação de animais, plantio e colheita, mineração, dentre outras atividades, numa aposta de tratamento pelo trabalho, o que compreendemos hoje como laborterapia. Como exemplos famosos de Hospitais Colônia, podemos citar o Hospital de Barbacena (MG) e a Colônia Juliano Moreira (RJ). Esses locais foram também utilizados pelo regime ditatorial como depósito de “queima de arquivo”, local de prisão e tortura — inclusive com eletroconvulsoterapia (ECT) — de presos políticos que atentavam contra o regime (Costa, 2024). O modelo de hospital-colônia, como apontam Andrade e Costa-Rosa (2012) e Guedes (2019), encontra sucesso no Brasil justamente pela tradição pineliana e pelo fato de o país ser, em grande parte, agrícola nos séculos XIX e XX, quando esse tipo de dispositivo chega ao país.

Retomando as mudanças nas legislações, ainda em 1964, o ano do golpe, o governo recém-instaurado modifica uma legislação e o Código Penal, aumentando o escopo do Estado na repressão aos entorpecentes, passando a proibir o plantio de qualquer tipo de substância alucinógena (Carvalho; Alencar; Souza, 2023). Em 1968, junto à promulgação do 5º Ato Institucional (AI-5) pelo general Costa e Silva, há a publicação do Decreto-Lei nº 385/68, que mais uma vez modifica a legislação de drogas, tornando-a ainda mais repressiva, mais do que muitas anteriores. Em seu artigo 281º, esse decreto equiparava a conduta do usuário à dos tidos como traficantes, de modo que pessoas que portassem, ainda que pequenas quantias de drogas para uso próprio, ou qualquer substância que produzisse dependência, eram enquadradas como infratoras legais, com pena de 1 a 5 anos de reclusão (Carvalho; Alencar; Souza, 2023). Essa conduta demonstrou uma ruptura do governo brasileiro com os acordos internacionais sobre drogas e com a narrativa da diferenciação, da lógica do Estado assistencial-punitivo, e escancarou a lógica predatória da Guerra às Drogas, abrindo um importante precedente jurídico de condenação daqueles que fazem uso prejudicial de drogas (Carvalho; Alencar; Souza, 2023).

A tendência repressiva das legislações sobre drogas da ditadura burgo-militar dividia magistrados em seus entendimentos: aqueles que entendiam que pessoas em uso prejudicial mereciam tratamento e não punição, e aqueles que, embebidos pela lógica punitivista, abraçavam a legislação vigente (Carvalho; Alencar; Souza, 2023). Rodrigues (2006) aponta que essa tendência legal e dos juristas à época se tratava de uma forma de perseguição dos militantes de esquerda que se colocavam contra a ditadura — como apresentado anteriormente — e que o endurecimento da legislação sobre drogas e a equiparação entre usuário e traficante era uma forma de estender o controle social — aqui compreendido na lógica weberiana, ou ainda podemos dizer na lógica foucaultiana de biopolítica — do regime

contra seus opositores. É, também, esse espírito repressor do regime ditatorial que instaura a cultura ainda hoje presente no Brasil de “deixar que os oficiais” decidam, uma vez que os policiais muitas vezes eram e ainda são as únicas testemunhas, ficando a cargo destes entender o que é de uso pessoal ou não, assim como, à época, ficava a cargo dos magistrados essa compreensão.

Na esteira dos Anos de Chumbo da ditadura empresarial-militar, durante o governo de Emílio Garrastazu Médici, que sucede Costa e Silva, o recrudescimento do belicismo e da repressividade do regime leva à alteração da legislação de drogas em 1971, com a aprovação da Lei nº 5.726/71 que, inspirada na Lei de Segurança Nacional daquele mesmo ano, estende a todos os cidadãos o dever do combate “ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica” (Carvalho; Alencar; Souza, 2023).

O que, na prática, buscava conformar uma opinião pública favorável à Guerra às Drogas, transformando qualquer mentalidade dissidente em uma espécie de conivência e contravenção, inclusive elencando prejuízos às entidades que não colaborassem com a cruzada do governo federal, como a perda de cargos de diretores de escolas que não “tomassem todas as medidas necessárias para prevenir o uso e o tráfico de drogas” (Carvalho; Alencar; Souza, 2023). Ainda assim, essa legislação foi considerada menos repressiva que a de Costa e Silva, uma vez que, embora mantivesse a equiparação do porte ao tráfico de drogas, já não compreendia mais o usuário enquanto criminoso, voltando a se valer da narrativa médico-jurídica e encaminhando os usuários a tratamento em hospitais psiquiátricos. Passou, assim, a haver um entendimento de “semi-imputabilidade” do usuário (Carvalho; Alencar; Souza, 2023).

Importante destacar que o ano de 1971 também foi o ano em que o então presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon, declarou a Guerra às Drogas, o que reverberou em uma intensa cruzada mundial, com financiamento, ajuda e intervenção militar voltados a coibir a produção, a venda e o consumo de drogas em todo o globo (Carvalho; Alencar; Souza, 2023). Ainda que compreendamos o caráter proibicionista presente na política nacional e internacional muito anteriormente a essa declaração, é com ela que se inaugura o termo “Guerra às Drogas” e também uma política internacional fortemente equipada para esse fim.

A lógica de uma “guerra permanente” contra um inimigo que não é um Estado ou um indivíduo levou a um entendimento, pelos países latino-americanos, de submissão das construções do direito penal liberal ao direito militar, policializando as legislações desses países, atingindo aquelas referentes às drogas nesse processo (Carvalho; Alencar; Souza, 2023). Rodrigues (2024) aponta também esse mesmo período das décadas de 1960 e 1970

como um período de forte influência da política proibicionista imperialista dos EUA sobre a América Latina, sua histórica área de influência, promovendo mudanças significativas no direito que regia esses países e em suas forças armadas, transformando-os em textos e polícias antidrogas.

Com o início da abertura política do Brasil em 1974, ventos de mudança começam a soprar na nação e, com isso, a legislação de drogas é alterada em 1976, revogando a de 1971 e o artigo 281 do Código Penal, retomando os compromissos internacionais assumidos pelo país nas convenções sobre drogas (Rodrigues, 2006). Ainda que tenha revogado a lei de drogas anterior, a Lei nº 6.368/1976 manteve alguns traços de sua antecessora, pautando-se em três pilares: i) a compreensão de que o uso e o tráfico de drogas devem ser combatidos com prevenção e repressão e representam um perigo à saúde pública; ii) o combate às drogas é uma invocação eugênica e moral numa luta do bem contra o mal; e iii) o aprofundamento da legislação brasileira em relação às tratativas internacionais, seguindo a narrativa proibicionista estadunidense (Boiteux, 2006; Carvalho; Alves; Alencar, 2023).

A nova legislação dividiu opiniões entre os juristas, tal e qual sua predecessora. Em seu texto, a chamada “Lei de Tóxicos” de 1976 adotava também uma política repressora e de manutenção de um forte controle social e um quê de perseguição à militância de esquerda. Ainda que iniciasse o seu texto com uma seção nomeada “prevenção”, toda a construção era intensamente voltada à repressão ao tráfico (Boiteux, 2006). A legislação ainda mantém o regime de visibilidade médico-penal, apontando a pena de tratamento compulsório aos usuários de drogas, ainda que não se tenha cometido crime algum, adotando uma linha repressiva a grupos como estudantes e sindicalistas, apoiada na doutrina de segurança nacional (Carvalho; Alves; Alencar, 2023). Outro ponto que é mantido é o dever acerca da repressão e prevenção ao tráfico e uso de drogas, perpetuando uma moralidade de Guerra às Drogas, além da dicotomia entre traficante e usuário de drogas (Carvalho; Alves; Alencar, 2023).

Os ventos da mudança, da democracia e da liberalização sopravam cada vez mais fortes ao fim da década de 1970 e durante a década de 1980, quando se dá a abertura democrática do país e se inicia o processo de redemocratização, em 1985, com uma nova Constituinte, que promulgou o texto final em 1988, com o nascimento de uma nova República brasileira. Do fim da década de 1980 até os anos 2000, podemos citar alterações pontuais na legislação brasileira que tratam sobre drogas ou tangenciam a temática. Contudo, a lei de drogas aprovada em 1976 seguiu inalterada até a chegada do novo milênio (Boiteux, 2006).

O período das décadas de 1970, 1980 e 1990 nos é interessante por outros motivos além das alterações legais. Os ventos democráticos que, à época, começaram a soprar no país também movimentaram a sociedade civil, que passou a clamar por mudanças na organização social e política do Brasil. Para compreender como as políticas de drogas passam a ser construídas enquanto parte do rol que hoje compreendemos como Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, é preciso que façamos um breve resgate da história dos movimentos sociais que reivindicaram mudanças no setor saúde brasileiro e embasaram a criação do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em meio a todo esse cenário, é também na década de 1970 que se organiza o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), movimento composto principalmente por trabalhadores da saúde que se organizam enquanto movimento social em busca, além da democratização do setor de saúde, de uma reforma social e da democratização do Estado, uma vez que vivíamos ainda os anos de chumbo da Ditadura Empresarial-Militar.

Contemporâneo e inserido nos mesmos ventos de anseio democrático, é fundado, em 1978, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se nacionaliza no mesmo ano e, em 1979, promove o seu I Congresso Nacional, ocorrido em São Paulo. Ainda em 1979, é fundada a primeira associação de familiares, a Sintra, que se alia ao MTSM na luta antimanicomial (Amarante, 2007). As vindas de Basaglia, em 1978, junto de Guattari e Goffman⁸ para o Congresso de Psicanálise, Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, e, em 1979, para o Congresso de Psiquiatria, em Belo Horizonte (MG), também são importantes para a concepção e organização do movimento de reforma no Brasil.

Sua vinda ao III Congresso de Psiquiatria, em 1979, é marcante, pois foi nessa oportunidade que Basaglia realizou uma visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, expondo à sociedade brasileira as barbaridades cometidas às pessoas ali internadas em nome da “assistência psiquiátrica” (Amarante, 2007).

Ainda, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (ou Oitava), ocorrida em 1986, foi um marco político na construção da política de saúde no país, tendo a presença massiva de trabalhadores da saúde, público ao qual a Conferência se voltava originalmente, e constituindo um ponto de virada na participação popular. Sérgio Arouca, à época presidente da Fiocruz e militante filiado ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), presidiu também a referida conferência e foi responsável por abrir os portões dela, permitindo que a sociedade brasileira organizada, os movimentos sociais, os usuários do sistema, os familiares, o

⁸ Autor do livro “Manicômios, Conventos e Prisões”, essencial para o pensamento crítico sobre instituições totais de produção de subjetividade e controle.

movimento negro e a sociedade em geral participassem da conferência com voz ativa (Amarante, 2007). A ideia de controle social que dá corpo à Lei nº 8.142/90 tem origem nesta conferência.

No ano de 1987, como desdobramento da Oitava, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, primeiro espaço político voltado à temática pós-redemocratização, com ampla participação do MTSM, que decide realizar seu II Congresso no mesmo ano, em Bauru. Nesse congresso, o MTSM se torna um movimento ainda maior, com a participação efetiva de usuários e familiares, e define uma grande bandeira de luta que se materializa no lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”, que sustenta toda a argumentação e direção política da Carta de Bauru, manifesto assinado pelo movimento reunido no Congresso (Amarante, 2007).

Passos (2019) resgata uma passagem da Carta de Bauru, em que seus autores compreendem que o manicômio reproduz as violências e violações introjetadas na sociedade ocidental. A autora destaca o seguinte trecho: “O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres” (MTSM, 1987). Assim, Passos (2019) compreende que é nesse trecho que surgem pistas da influência de Franco Basaglia e Franz Fanon na construção do ideário de luta antimanicomial no Brasil. A autora ainda destaca que, historicamente, é reconhecida a grande influência de Basaglia na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB); contudo, a influência de Fanon no pensamento basagliano é esvaziada e omitida, vindo à tona posteriormente.

O MTSM, o MRS e a Carta de Bauru apontam para a necessidade de uma guinada democrática do Estado brasileiro e do setor de saúde, através do rompimento com a lógica asilar, violentadora e opressiva das instituições psiquiátricas no país. A disputa, nesse momento, passa a ter um horizonte socialista de ruptura com estruturas de opressão que servem ao capital, entendendo que os manicômios foram, inclusive, utilizados pela Ditadura Empresarial-Militar como instrumentos de tortura a presos políticos que se voltavam contra o regime. A disputa é por um projeto de país, de Estado, de política e seguridade social, com o estabelecimento de uma lógica de cuidado em liberdade, no território, centrado no usuário, não médico-centrado e pelo fechamento de todos os manicômios.

Assim, após a consolidação do Sistema Único de Saúde e as décadas de luta do MRS e do MRP, é aprovada a Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que define os direitos da pessoa com transtorno mental, o tratamento digno em liberdade, no

território, orientado à reinserção social, e elenca a internação apenas em último caso, o que abre importante precedente para os casos de pessoas em uso abusivo de substâncias. No ano seguinte, em 2002, houve uma mudança significativa no campo legal sobre as drogas: tanto o Decreto nº 4.345/2002 quanto a Lei nº 10.409/2002 falam sobre “diminuição na oferta de drogas”, e a Lei menciona o Ministério da Saúde enquanto um ente que deverá regulamentar ações que reduzam danos sociais e à saúde. Isso indica que a compreensão da questão das drogas enquanto questão de saúde pública e coletiva toma uma outra roupagem, para além da internação dos lidos enquanto usuários (Boiteux, 2006).

Ainda no ano de 2002, e em cumprimento às legislações do referido ano, o Ministério da Saúde dá um importante passo no âmbito da oferta de cuidado aos usuários de drogas, publicando a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), a qual, retomando a Lei nº 10.216, amplia o escopo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), podendo ser dos tipos II e III (com maior número de profissionais, mais recursos e leitos de acolhimento noturno), e inaugura a modalidade Álcool e Drogas tipo II (CAPS AD), especializada na atenção aos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, com suas atividades voltadas à comunidade e à sua reinserção social e familiar (Brasil, 2002).

Nessa esteira, já durante o governo Lula I (PT), em 2004, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 2.197, sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas que, retomando a Lei nº 10.216/2001 e a política de humanização do SUS, estabelece, no âmbito do Sistema Único de Saúde, um fluxo de cuidado e tratamento a essas pessoas, elencando como pontos principais de cuidado a Atenção Primária à Saúde (APS), os CAPS AD e os hospitais de referência. É importante citar que, pela primeira vez, todos os componentes do fluxo de cuidado e tratamento de pessoas em uso prejudicial de substâncias estão organizados pela “adoção da lógica de redução de danos, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades” (art. 3º, § 3º), que, em conformidade com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, estabelece que o cuidado a essa população se dará em liberdade, em território e voltado à autonomia do sujeito, não mais em internações em grandes instituições asilares, o que representou grande vitória para a Luta Antimanicomial.

Em consonância com a postura do governo Lula I de aposta na redução de danos enquanto estratégia de enfrentamento à questão das drogas, no ano de 2005 é publicada a Política Nacional sobre Drogas. Aprovada pela Resolução nº 03/2005 do Conselho Nacional sobre Drogas, à época denominado Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), a resolução busca orientar a política de drogas do governo Lula, priorizando a prevenção ao uso de

drogas por ser mais eficaz e menos custosa à sociedade e garantindo o tratamento a todos os que fazem uso prejudicial de drogas (Boiteux, 2006).

A Política Nacional sobre Drogas não centralizou seus esforços na repressão, colocando-a em segundo plano. Não mais se utilizava da internação como medida de punição/tratamento a usuários de drogas e buscou garantir o tratamento destes no âmbito do Sistema Único de Saúde, em consonância com a Portaria nº 2.197/2004 (Boiteux, 2006). Definiu, ainda, encargos sobre bebidas alcoólicas e demais drogas comercializadas legalmente, voltados a suplementar o financiamento do tratamento, e elegeu a política de Redução de Danos como “medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos” (grifo da autora, Boiteux, 2006). Contudo, a autora ainda destaca a manutenção de uma linha proibicionista — ainda que atenuada — e a falta de clareza em alguns pontos da política que inebriam o debate.

Seguindo a linha temporal, no ano de 2006 é aprovada uma nova Lei de Drogas, a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, ainda no primeiro governo Lula. A Lei nº 11.343 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que tem como finalidade:

articular, integrar, organizar e coordenar as ações voltadas à prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.[grifo próprio] (Brasil, 2006)

A nova Lei de Drogas também busca compatibilizar suas predecessoras, as Leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002, revogando-as a partir de sua sanção. Isto é, buscou sintetizar ambos os dispositivos normativos, o que levou a avanços significativos, mas também a fortes contradições. Ao diferenciar, pela primeira vez, a figura do traficante da do usuário, dedicando-lhes capítulos diferentes e diferentes tratativas em diferentes esferas do poder público, um na esfera jurídico-penal e outro na esfera assistencial, no âmbito do SUS e em consonância com a Portaria nº 2.197/2004, logo, em liberdade e orientado pela redução de danos, com o CAPS como principal ponto de cuidado. O que, que fique claro, foi um grande avanço.

Entretanto, a Lei de Drogas de 2006 também aumentou significativamente a pena mínima de reclusão, que passou de três para cinco anos, mantendo-se o máximo de quinze, para o crime de tráfico (Carvalho; Alves; Alencar, 2023; Domingues, 2012; Barbosa, 2017). Além disso, estabeleceu critérios vagos na diferenciação entre usuários e traficantes, não elencando, por exemplo, quanto de cada substância é compreendido enquanto voltado para uso pessoal e quanto configura tráfico, deixando a cargo dos agentes de polícia e da justiça

essa distinção (Barbosa, 2017). Essa subjetividade para a distinção de cada categoria penal, com o tempo, deixou uma forte marca no sistema de justiça brasileiro.

Abordando brevemente parte do legado da Lei de Drogas de 2006 — que será objeto de análise futura —, ao completar dez anos em vigor, dos mais de 622 mil encarcerados, cerca de 28% desse total eram por crimes relacionados ao tráfico de drogas (Rabazoni Junior; Lazari; Luca, 2017). Lepletier e Carezzato (2024) apontam que, em dez anos de vigor, ou seja, de 2006 a 2016, houve um aumento de 85% da população carcerária no Brasil, com significativa influência desta lei. Dados de 2020 apontavam para cerca de 800 mil encarcerados, 25% desses relacionados a crimes envolvendo tráfico de drogas e, desse contingente, 67% eram pessoas negras. Nesse último ponto, podemos identificar o que Rodrigues (2024) chama de Repressão Seletiva em sua contribuição acerca da Economia Política do Narcotráfico (EPN), que consiste justamente no desenvolvimento de dispositivos legais de repressão às drogas que recaem mais bruscamente sobre determinados grupos sociais, geralmente as minorias políticas, como pessoas negras, pobres e periféricas.

Retomando a nossa linha temporal, em 2010, ao final do segundo mandato de Lula (PT), é assinado o Decreto nº 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que ficou conhecido como o projeto “Crack é Possível Vencer”, uma articulação interministerial do governo federal que envolveu pastas ligadas à Justiça, à assistência e ao desenvolvimento social e à saúde, logo, articulando-se também com o SUS e o SUAS (Fiocruz, 2016). Esse programa, coordenado pelo Ministério da Justiça e voltado a assistir pessoas em uso prejudicial, principalmente de crack, foi responsável por inaugurar o fluxo de financiamento público da União para vagas em Comunidades Terapêuticas, que antes recebiam financiamento de municípios e algumas unidades federativas (Weber, 2021). A autora ainda aponta que existia um histórico de aumento significativo de investimento público na área de saúde mental entre os anos de 2001 e 2009; contudo, essa ação, que passou a financiar CTs, partiu de editais da Justiça, e não do setor saúde (Weber, 2021).

No ano seguinte, em 2011, já durante o primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff (PT), há a publicação da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, a qual “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)”. A portaria em questão materializa e organiza a RAPS, construindo um fluxo de cuidado e uma rede entre serviços em níveis e áreas de atenção distintos, incorporando ordenamentos de legislações e portarias anteriores, como a Lei nº 10.216/2001, a Portaria nº 2.197/2004 e o plano Crack é Possível Vencer (CPV). Na RAPS estão compreendidos desde a

atenção básica (APS), urgência e emergência, leitos de saúde mental em hospital geral, serviços residenciais terapêuticos e estratégias de desinstitucionalização, todos orientados a partir da estratégia de redução de danos, como prevê o § 3º do art. 4º: “reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas”, tendo o CAPS como dispositivo central e ordenador do cuidado (Brasil, 2011).

Entretanto, as Comunidades Terapêuticas, que surgem como ponto de atenção no CPV, também entram na RAPS enquanto dispositivo de atenção residencial de caráter transitório, o que se torna um tanto contraditório, uma vez que a RAPS se pauta, em seus preâmbulos, nos princípios da RPB e no cuidado em liberdade, o contrário dos preceitos que embasam as CTs. E esses foram os primeiros passos relevantes de um longo percurso institucional das Comunidades Terapêuticas, o qual será tópico futuro de análise.

Após o golpe parlamentar que depôs a presidente Dilma Rousseff (PT) em 2016, assumiu a presidência Michel Temer (MDB), o vice na chapa reeleita nas eleições gerais de 2014. Com Temer no poder, ganha — ainda mais — espaço uma onda ultraneoliberal na política brasileira, dando início a uma série de contrarreformas neoliberais, dentre elas a reforma trabalhista, a da previdência e, também, uma contrarreforma psiquiátrica. Pela primeira vez, desde a institucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, esteve à frente da pasta de saúde mental alguém contrário aos princípios da RPB, o psiquiatra Quirino Cordeiro. Cordeiro conduziu a política de saúde mental do governo Temer enfraquecendo a RAPS, através da Resolução nº 32/2017, que inclui na RAPS o Hospital Psiquiátrico, estabelecendo financiamento e desmontando a ideia de dispositivo substitutivo, contrariando a Lei nº 10.216/2001 e a Portaria nº 3.088/2011 (Costa; Silva, 2023).

A resolução ainda visa ao fortalecimento de Comunidades Terapêuticas dentro do setor saúde, o que será assunto de tópico futuro. Ainda no que diz respeito à política de saúde mental de Temer, há a edição da Portaria nº 3.088 pela Portaria nº 3.588/2017, a qual busca instituir um novo tipo de CAPS AD, o CAPS AD IV. Um novo tipo de dispositivo que aparenta ser mais avançado, com maior número de profissionais e leitos de acolhimento noturno, 24 horas por dia, todos os dias da semana, que estaria situado em grandes cidades, próximos a áreas de uso, o que representa uma manicomialização do dispositivo CAPS (Brasil, 2017; Costa; Silva, 2023). A gestão de Michel Temer abriu os portões para o ultraneoliberalismo e o ultraconservadorismo, com requintes protofascistas na política brasileira, dando espaço para o que veio a ser a eleição de Jair Messias Bolsonaro (PSL) em 2018, em segundo turno, contra o candidato do PT, Fernando Haddad.

Já nos primeiros meses de gestão, Bolsonaro aprovou um pacote de revisão da política de drogas que consistiu na Medida Provisória nº 885, convertida em lei a partir da Lei nº 13.886, no Decreto nº 9.761/2019, na nova Lei de Drogas, a Lei nº 13.840, e na alteração da Lei nº 7.560/1986, todos promulgados no ano de 2019 (Costa; Silva, 2023). Não se pode deixar de citar a incitação do “revogaço da saúde mental”, organizado pelo segundo a assumir o Ministério da Saúde na gestão Bolsonaro, o general Pazuello, que assinou uma série de medidas que colocavam em risco dispositivos como os Consultórios na Rua, os Serviços Residenciais Terapêuticos e a própria RAPS em si, além de retirar da função da saúde mental o cuidado voltado ao álcool e outras drogas, o que, felizmente, não foi para frente.

Das legislações que versam sobre drogas do governo Bolsonaro, a única que representa alguma mudança que não seja, em suma, um grande incentivo às Comunidades Terapêuticas é a Lei nº 13.886/2019, que define um fluxo de financiamento às forças policiais a partir da alienação de bens apreendidos do tráfico, estabelecendo uma gratificação às polícias e uma motivação à Guerra às Drogas. As demais, por representarem, em grande medida, marcos legais de incentivo às Comunidades Terapêuticas, serão esmiuçadas em tópico futuro.

Contudo, é importante apresentar que a Lei nº 13.840/2019, a qual alterou a Lei nº 11.343/2006, representou uma piora significativa em uma série de pontos. Primeiro, a referida legislação abandona tudo o que se refere à redução de danos; todos os preceitos de prevenção ao uso de drogas passam a ser voltados unicamente à abstinência. Retirou a RAPS e os CAPS enquanto pontos focais do tratamento aos usuários de drogas, além de ter aberto possibilidades de internações involuntárias dos sujeitos a partir de qualquer responsável legal, o que contraria a Lei nº 10.216/2001 (Costa; Silva, 2023).

A lei ainda aponta as Comunidades Terapêuticas, em detrimento da RAPS e dos CAPS AD, como principal dispositivo de atenção aos usuários em uso prejudicial de drogas, incluindo-as no SISNAD. A lei também retoma um tom mais proibicionista, aumentando as penas de líderes de organizações criminosas (Brasil, 2019). A legislação foi aprovada às pressas, em um movimento do Senado para barrar um debate que acontecia no Supremo Tribunal Federal acerca da descriminalização do porte de drogas, tópico tratado no art. 28 da Lei nº 11.343/2006 (BBC, 2019).

Para finalizar a esteira de alterações, já dentro do governo Lula III, na política de drogas no Brasil, em junho de 2024, o Supremo Tribunal Federal, após nove anos de julgamento, formou maioria no plenário da Corte para a descriminalização do porte de até 40 gramas de maconha, que passou a ser considerado para uso pessoal (STF, 2024; Conectas,

2024). A Corte se voltou a julgar a constitucionalidade do art. 28 da Lei de Drogas de 2006, que versa acerca de penas para aquele que “adquirir, guardar, ter em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal” (Richter, 2024; Brasil, 2006). A maioria do STF compreendeu que portar pequenas quantidades de maconha, no caso, até 40 gramas, não configura crime, e sim infração administrativa, cabendo apenas advertência sobre o uso de maconha e comparecimento a curso educativo, sem demais penalidades (STF, 2024). Assim, a quantia de 40 gramas de maconha fica fixada como baliza para diferenciação entre usuário e traficante. Contudo, a decisão ainda delega ao oficial de polícia e à Justiça o entendimento final, pautando-se em demais circunstâncias do caso em questão, podendo a droga ser apreendida em flagrante (Richter, 2024; STF, 2024).

O julgamento é consequência de uma ação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo em defesa de um homem condenado por portar 3 gramas de maconha, no ano de 2010 (Conectas, 2024). Ao longo dos nove anos de percurso, o julgamento foi travado uma série de vezes por requerimentos dos ministros da Suprema Corte, além de ter sido atravessado por disputas em ambas as casas legislativas do Congresso Nacional. O senador Rodrigo Pacheco (PSD), à época presidente do Senado Federal, concomitantemente à retomada do julgamento pelo STF, apresentou a Proposta de Emenda à Constituição nº 45/2023 (PEC 45/2023), que criminaliza a posse ou o porte de drogas independentemente de quantidades (Conectas, 2024; Prudêncio; Passos, 2024). O que, na prática, retoma a lógica — que nunca desapareceu de fato — de criminalização de quem faz uso de drogas, valendo-se de um juízo moral ultraneoliberal, que corrobora com o encarceramento em massa de sujeitos negros, contando com a cumplicidade e aclamação de um parlamento fascistizado (Prudêncio, Passos, 2024).

Para além de, como as autoras citam, apelar a uma “artimanha manicomial” (Prudêncio; Passos, 2024), valendo-se dos já conhecidos regimes de visibilidade médico-criminal, foi também uma resposta fascistoide a um desgaste que se aprofundou entre o Judiciário e o Legislativo, sobre qual poder compete o ato de legislar. A PEC foi apresentada à votação e aprovada em dois turnos no Senado e na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) da Câmara, às pressas, em meio à retomada do julgamento pelo STF, porém não seguiu o caminho para aprovação final (Conectas, 2024).

Até o período temporal que esta pesquisa busca compreender, isto é, até o mês de julho de 2025, não houve outra mudança na política de drogas brasileira. Contudo, há ainda algumas ações relevantes que merecem destaque. No ano de 2025, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), por meio da Resolução nº 13/2025, determinou a revisão

do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD), de modo que tivesse ampla participação em sua formulação, com vistas a adequar a nova política de drogas construída no governo Lula III e que fosse elaborada junto ao controle social. E assim foi feito, com consultas públicas em todas as regiões do Brasil, realizadas nas cidades de Belém, Rio de Janeiro, Cuiabá, Teresina e Porto Alegre, com ampla participação dos setores da sociedade civil. As consultas regionais foram realizadas junto a comunidades tradicionais da Amazônia, classes profissionais, academia, juventude e também de um forte setor implicado com a espiritualidade (Pinho, 2025).

Um PLANAD feito, decerto, a muitas mãos, critérios, defesas e contradições, no qual um setor que há muito disputa a política de drogas teve expressividade: os grupos religiosos e representantes de Comunidades Terapêuticas. Entretanto, também a atenção psicossocial, o cuidado em liberdade e a luta antimanicomial retomaram a voz que haviam perdido durante a gestão federal que precedeu a atual. O tópico a seguir se volta a fazer um resgate dos marcos legais e políticos que envolvem o primeiro grupo no Brasil.

2.2. O Caminho Institucional das Comunidades Terapêuticas na política do Brasil

Ainda que o início da história das Comunidades Terapêuticas no Brasil seja datado de meados do período ditatorial empresarial-militar brasileiro, sua guinada à política institucional propriamente dita se dá de forma consideravelmente tardia em relação à sua chegada. Lima (2017) aponta o início dos anos 2000 como uma espécie de prelúdio, quando a condução da política de drogas já se apresentava como um terreno em disputa. A partir da apresentação da Política Nacional Antidrogas pelo então presidente FHC, no II Fórum Nacional Antidrogas, sob o apoio das Comunidades Terapêuticas, o setor buscou espaço na institucionalidade da política de drogas. Esse movimento foi também muito embasado na RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, da ANVISA, a qual estabelecia critérios sanitários para o funcionamento de instituições que prestam atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias, pautando-se no dispositivo da convivência como terapêutica (ANVISA, 2001; Lima, 2017).

Este é um marco importante para compreendermos que a disputa do fundo público pelas CTs acontece já em escala nacional, atuando sobre os primeiros escalões do governo federal, concomitantemente às lutas pela implementação da RPB. A alocação, pela SENAD — à época denominada Secretaria Nacional Antidrogas, criada pelo então presidente FHC —, das CTs no eixo de tratamento da Política Nacional de Drogas, adotando uma perspectiva de parceria público-privada junto à sociedade, por meio de uma “parceria coletiva contra as

drogas”, pavimentou o terreno para importantes disputas futuras (Oliveira, 2017). A autora ainda resgata que, apesar de ser em 2001 a primeira manifestação pública oficial, na política institucional, da disputa pelo fundo público, essa queda de braço já acontecia na década de 1990, aparecendo em registros oficiais de reuniões do Conselho Federal de Entorpecentes (Garcia; Leal, 2006; Oliveira, 2017).

É também no ano de 2001 que outros dois importantes marcos se dão, dessa vez dentro dos marcos da RPB, sendo eles a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que reposiciona o debate das drogas sob a lógica antimanicomial, e a aprovação da Lei nº 10.216, de abril de 2001, que consolida a Reforma Psiquiátrica Brasileira e os direitos das pessoas com transtornos psíquicos, ainda não dando conta, em sua plenitude, das pessoas que faziam uso prejudicial de substâncias (Lima, 2017). Podemos dizer que essa foi uma das importantes derrotas do setor das Comunidades Terapêuticas em uma de suas batalhas na guerra pela hegemonia da política social de drogas; contudo, essa foi, e ainda é, uma guerra extensa, com muitas frentes de batalha.

Oliveira (2016, 2021) traz uma importante análise do planejamento e financiamento público da política social de saúde mental, álcool e drogas a partir dos Planos Nacionais de Saúde, fazendo um paralelo com a Lei nº 10.216/2001, que vale a nossa atenção. Com o novo direcionamento da política de saúde mental que a Lei da Reforma Psiquiátrica promove, observamos o paulatino abandono do modelo hospitalocêntrico, com a gradativa diminuição do financiamento de instituições de cuidado intramuros, como os Hospitais Psiquiátricos, junto ao aumento da forma destinada a recursos extra-hospitalares para o cuidado em saúde mental e atenção psicossocial, principalmente aos Centros de Atenção Psicossocial (Oliveira, 2016; 2021). Oliveira (2016) aponta para uma tendência de quase estabilidade do valor dispensado à pasta de saúde mental, ao passo que a receita que se direciona a gastos extra-hospitalares se trata de remanejamento de verba de custeio de leitos hospitalares, que passa a ser direcionada aos dispositivos de base territorial. Ainda, a autora aponta que, até 2005, o principal gasto de saúde mental se mantém voltado a serviços hospitalares, direcionados, em grande parte, a procedimentos realizados em Hospitais Psiquiátricos, como internações AD (álcool e drogas), cenário que só se altera a partir de 2006.

De forma geral, os planos anuais de 2000 a 2011 apontam no sentido da Lei da Reforma Psiquiátrica, sustentando, de fato, a mudança do paradigma alienista, aliada ao aumento da cobertura de serviços de base comunitária e territorial, em que as atividades previstas nos planos 2000-2003, 2004-2007 e 2008-2011 são a reversão do modelo hospitalocêntrico, a redução de internações, a ampliação dos dispositivos assistenciais

comunitários e o Programa de Volta para Casa (Oliveira, 2021). Durante basicamente todo esse período, a pasta de Saúde Mental foi encabeçada no Ministério por Pedro Gabriel Delgado, médico psiquiatra, professor da UFRJ e histórico militante da luta antimanicomial em defesa da Reforma Psiquiátrica. Entre 2000 e 2003, o principal desafio enfrentado por Pedro foi pôr em prática os princípios da Lei nº 10.216/2001 em um setor que havia perdido força pelas reformas liberais de FHC. Ainda assim, o foco na desospitalização e na ampliação da rede territorial logrou frutos importantes. Os anos iniciais de implementação da Reforma Psiquiátrica foram um período de grande tensionamento e disputa com a indústria da loucura, uma vez que a grande maioria dos leitos psiquiátricos e dos HPs em si era privada (Oliveira, 2021).

Entre 2004 e 2007, o foco da política de saúde mental se torna a ampliação da rede substitutiva, incluindo os cuidados AD. Lembrando que é em 2004, com a aprovação da Portaria nº 2.197/2004, que a modalidade CAPS AD surge. Contudo, a ampliação dos dispositivos territoriais estava diretamente condicionada ao fechamento dos leitos psiquiátricos, para que se fizesse o redirecionamento do financiamento (Oliveira, 2021). Oliveira traz um panorama desse período, em que a Associação Brasileira de Psiquiatria fazia frente ao fechamento de HPs e leitos psiquiátricos para a abertura de CAPS, formando parceria com frentes do parlamento para frear o processo reformista, aliança que se recrudesceu durante os debates que levaram à aprovação da Lei nº 11.343/2006, que, ao sustentar a diferenciação de conduta entre usuários e traficantes, pautando-se em medidas preventivas ao uso de substâncias, fortaleceu setores conservadores do parlamento e a indústria da loucura (Oliveira, 2021).

No plano que compreendeu os anos entre 2008 e 2011, apesar de não contemplar ações voltadas à atenção ao crack, mantendo-se o foco na ampliação da rede substitutiva, esse foi o debate que tomou a cena do debate público e vinha tomando fôlego desde 2004, passando a ser pauta central no período pré-eleições presidenciais de 2010, tornando-se parte da disputa eleitoral entre a candidata do PT, Dilma Rousseff, e o candidato do PSDB, José Serra. Assim, o crack, ou melhor, o combate a ele, torna-se parte dos planos governamentais, o que se reverbera em um plano de governo que se orienta a internações involuntárias, orientadas pela Lei nº 10.216/2001. A temática tomou conta do debate público do Legislativo e do Executivo entre 2008 e 2010, a ponto de ser formada uma Frente Parlamentar Anticrack com cerca de 200 parlamentares que, apesar de contar com parlamentares de quase todos os partidos, foi encabeçada pelo campo conservador, com destaque para dois parlamentares donos de Comunidades Terapêuticas (Oliveira, 2021).

Uma vez que a “epidemia de crack” toma amplo espaço no debate público, o governo federal se vê pressionado, principalmente pelo Parlamento, a lançar o Plano Crack é Possível Vencer, o qual tinha como meta a abertura de 2.500 leitos em hospitais gerais (HGs) para internação AD em casos de intoxicação aguda, o que abriu espaço para internações em leitos da rede privada. A partir de 2010, observa-se uma fração crescente da verba da saúde mental destinada às internações AD, passando de 0,79% em 2010 para 5% em 2014 (Oliveira, 2016). O Plano Crack é Possível Vencer foi uma ação interministerial entre Saúde e Assistência, encabeçada pelo Ministério da Justiça, que previa a realização de internações AD em Comunidades Terapêuticas, sendo a primeira vez que essas instituições passaram a ser financiadas diretamente pelo governo federal (BRASIL, 2010; Weber, 2021). A partir de 2010, a tendência já presente na política brasileira de não vinculação imediata da pauta de drogas à saúde se aprofunda, e o financiamento público federal de vagas em Comunidades Terapêuticas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), portanto, fora do âmbito da saúde, torna-se um tópico de grande debate no cenário político da época.

Além disso, logo no ano seguinte, outras movimentações abrem caminho para as Comunidades Terapêuticas no espaço público. Em 2011, a ANVISA publica a Resolução RDC nº 29/2011, que estabelece os requisitos de segurança sanitária e os critérios de funcionamento das Comunidades Terapêuticas, definindo suas atribuições, o caráter do serviço prestado e as regras de composição da equipe técnica. Ainda que a resolução as diferencie dos serviços de saúde, também classifica esses estabelecimentos como “de interesse para a saúde” e lhes confere respaldo para sua legitimação, ao passo que define critérios para o seu devido funcionamento (ANVISA, 2011). Ainda, a RDC dispõe sobre a organização geral do serviço, no que tange à organização, ao pessoal e à infraestrutura, e sobre o processo assistencial, cuja última disposição trata da adoção de critérios para “Evasão (fuga)” (BRASIL, 2011, grifo próprio). A adoção de um critério de “fuga” já indica a disparidade na lógica de funcionamento desse tipo de serviço em relação aos equipamentos do SUS, que operam sob uma lógica de porta aberta, não havendo, portanto, a noção de “fuga”, uma vez que os usuários podem acessá-los e deixá-los quando quiserem.

Seguindo, ainda em 2011, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que materializa a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), elencando os pontos de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas, os fluxos de cuidado, os tipos de serviços que passam a estar instituídos e as competências da rede, além de integrar outras Redes de Atenção à Saúde (RAS) ao cuidado em saúde mental. A portaria apresenta um grande avanço, pois institui uma rede de cuidado e tratamento em saúde mental, partindo dos preceitos da

Reforma Psiquiátrica e incorporando os debates históricos da luta antimanicomial. Nomeia os CAPS como ordenadores do cuidado, sendo estes dispositivos centrais da Rede, e estabelece que esse cuidado se dará em liberdade, no território, por meio da redução de danos e orientado pela produção e ampliação da autonomia do sujeito.

Ao elencar os serviços e redes que a compõem, a portaria da RAPS estabelece a Atenção Primária à Saúde (APS), a Rede de Urgência e Emergência (RUE), incluindo Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e demais unidades de pronto-socorro; os CAPS; os leitos de saúde mental em hospitais gerais; e estabelece serviços de atenção residencial de caráter transitório, sendo eles as Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil (UAA e UAI) e os Serviços de Atenção em Regime Residencial, nos quais foram incluídas as Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2011). A inclusão desse dispositivo na RAPS representou um revés à luta antimanicomial, por, sabidamente, operar em lógica avessa a tudo aquilo de que a própria portaria se vale enquanto preceitos básicos e organizadores, sendo também um marco importante na disputa do campo das CTs pela política social de drogas no Brasil.

Seguindo nossa linha temporal, em 2015, o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD) publica a resolução que regulamenta as “entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas” (Brasil, 2015, grifo próprio). A resolução, que já em seus considerandos se pauta pela Lei de Drogas de 2006, regulamenta tais entidades no âmbito do SISNAD e, em seu art. 2º, as compreende dentro dos seguintes eixos:

- I - adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sócio familiar e econômica do acolhido;
- II - ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares;
- III - programa de acolhimento;
- IV - oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12; e
- V - promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa. (Brasil, 2015)

No inciso segundo do mesmo artigo, a resolução aponta que “o acolhimento de que trata esta Resolução não se confunde com os serviços e programas da rede de ofertas do Sistema Único de Assistência Social - SUAS.”, diferenciando-as dos dispositivos que compõem o SUAS. A resolução ainda define que as referidas entidades precisam dispor de mecanismos de traslado de pacientes para a rede de saúde em casos de questões clínicas provenientes do uso ou da abstinência do uso de substâncias, além de somente acolher

mediante avaliação prévia do paciente por profissional ou estabelecimento de saúde que faça a indicação, não sendo serviços de portas abertas, portanto (Brasil, 2015).

A resolução ainda pontua uma série de outras exigências, deveres e obrigações a que devem estar submetidas as entidades por ela regulamentadas, como não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais e não submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes. Outros princípios organizadores dessas entidades, dispostos na resolução, são:

XXIV - manter equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade, sob responsabilidade de profissional de nível superior legalmente habilitado, bem como substituto com a mesma qualificação” XXV - promover, de forma permanente, a capacitação dos membros da equipe que atuam na entidade (Brasil, 2015).

A resolução é um tanto quanto densa e se divide em eixos que dispõem acerca das entidades, dos acolhidos, do Plano de Atendimento Singular (PAS) e da articulação com a rede de serviços. Contudo, para o foco da análise que aqui nos propusemos, os trechos acima grifados serão melhor explorados em ponto futuro. Como apresentado anteriormente, o golpe parlamentar de 2016 inaugura um novo momento na política institucional brasileira, de um capitalismo ultraneoliberal extremamente predatório, já com alguns sinais de crise e impondo fortes políticas de austeridade fiscal, como a EC 95. É a partir desse marco histórico que Kimati, Cruz e Amarante (2023) vão compreender que se dá um processo de contrarreforma, em que há um confronto entre o modelo territorial, o campo da atenção psicossocial e o campo da psiquiatria alienista, que promove um giro conservador na Política Nacional de Saúde Mental.

As portarias e resoluções que apresentamos no ponto anterior, com a chegada de Temer (MDB) ao poder, são exemplos da consumação desse processo. Nessa mesma esteira, em 2018, o Ministério da Justiça publicou o Edital SENAD nº 01/2018, de credenciamento de Comunidades Terapêuticas por todo o país. O edital em questão financiou 2.900 vagas, com um montante de cerca de R\$ 87 milhões (CNM, 2018).

Com a eleição de Bolsonaro (PSL) em 2019, o processo iniciado por Temer se aprofunda. O ano de 2019 é um marco temporal para as Comunidades Terapêuticas, que passam a angariar mais espaço na política institucional. A começar, a Lei de Drogas, Lei nº 13.840/2019, aprovada no início do governo Bolsonaro e já abordada no tópico acima, altera inúmeros pontos do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD).

A nova lei, além de inaugurar a concepção de internação involuntária, sem o consentimento daquele que é internado, traz as Comunidades Terapêuticas para o centro da

política social de drogas no Brasil, elencando-as como principal dispositivo no tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, além de remover a orientação da redução de danos e o papel central da RAPS nesse trabalho. É nessa esteira que a pasta da saúde legitima as Comunidades Terapêuticas no âmbito da atenção a álcool e outras drogas dentro da saúde, pregando seu fortalecimento por meio de articulação interministerial entre as pastas da Saúde, Justiça, Desenvolvimento Social e Trabalho (Costa; Silva, 2023).

A Lei nº 13.886/2019, junto da alteração da Lei nº 7.560/1986, forma um instrumento de acirramento da lógica proibicionista da Guerra às Drogas, por meio do financiamento, ao alterar as regras do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Enquanto a Lei nº 13.886/2019 define um fluxo de financiamento às forças policiais a partir da alienação de bens apreendidos do tráfico, a alteração da Lei nº 7.560/1986 passou a autorizar o uso do FUNAD para o financiamento de CTs. O Decreto nº 9.762/2019, que instituiu a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) do governo Bolsonaro, também segue na linha do apoio às Comunidades Terapêuticas, incentivando o investimento em políticas públicas destinadas a essas entidades (Passos *et al.*, 2023).

O ano de 2019 marca o início de um fluxo maior e mais estruturado de financiamento público direcionado às Comunidades Terapêuticas, proveniente das diferentes esferas, federal, estadual e municipal, no caso do Rio de Janeiro. A aprovação da Lei nº 13.840/2019 foi um artifício final do campo conservador para elevar as CTs a um outro patamar de disputa pública. A Lei nº 13.840/2019, somada à RDC ANVISA nº 29/2011 e à Resolução CONAD nº 01/2015, constituiu um forte aparato legal que respaldou a celebração de editais de credenciamento de CTs, com aportes não vistos anteriormente, provenientes de diferentes áreas do governo.

De 2019 até 2025, momento em que este trabalho é escrito, pudemos observar editais de financiamento em nível federal do Ministério da Cidadania (MC), pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), durante o governo Bolsonaro, e, mais recentemente, do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), pelo Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas (DEPAD), no governo Lula III (Napoleão; Castro, 2022; Passos *et al.*, 2023).

Ainda em 2019, o MC divulgou um mapeamento nacional de CTs financiadas em todo o território nacional, apontando que existiam 481 entidades credenciadas e financiadas pela SENAPRED. O Edital nº 17/2019 SENAPRED/MC foi lançado no primeiro ano do governo Bolsonaro, alguns meses após a aprovação dos aparatos legais que citamos, prevendo um aporte milionário destinado ao custeio de vagas em Comunidades Terapêuticas. O resultado

desse edital, divulgado em 2021, apontava o credenciamento de cerca de 528 entidades, o que representa um aumento de quase 10% no número de entidades contratadas (Passos *et al.*, 2023). As autoras ainda apontam que, entre 2019 e 2021, houve um aumento robusto no financiamento às CTs pela pasta ministerial, saltando de R\$ 81 milhões para R\$ 134 milhões, crescimento de 65% da verba direcionada.

Ano	Governo	Edital e Órgão Responsável	Vagas / Entidades Credenciadas	Financiamento
2018	Michel Temer	Edital SENAD 01/2018 (MJ)	2.900 vagas financiadas	R\$ 87 milhões
2019	Jair Bolsonaro	Edital 17/2019 SENAPRED (MC)	481 entidades credenciadas (inicial)	R\$ 81 milhões
2021	Jair Bolsonaro	Edital 17/2019 SENAPRED (MC)	Cerca de 528 entidades credenciadas (~10% de aumento)	R\$ 134 milhões (~65% de aumento em relação a 2019)

Tabela 1: Evolução do Financiamento de Comunidades Terapêuticas pelo Governo Federal (2018–2021)

Mesmo durante a pandemia, quando as políticas sociais eram ainda mais estranguladas e esvaziadas dentro da tônica de isolamento social e prevenção de contágio, as Comunidades Terapêuticas não esfriaram seus motores. A Resolução 340/2020 do Ministério da Cidadania as elevou ao status de serviço essencial, como as unidades de saúde, permitindo seu funcionamento durante o *lockdown* (Passos *et al.*, 2023). Não só foi permitida a manutenção de seu pleno funcionamento, como também foi ampliado seu escopo de atuação, a partir de resolução do CONAD que aprovou o acolhimento de crianças e adolescentes em Comunidades Terapêuticas (Passos *et al.*, 2023).

No âmbito do estado do Rio de Janeiro, em 2020, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ) lançou o Edital 01/2020 para credenciamento de Comunidades Terapêuticas por dois (02) anos, somando um valor de R\$ 1,6 milhão em repasse. No ano seguinte, em 2021, o governador Cláudio Castro anunciou que o estado investiria cerca de R\$ 10 milhões para contratação de 550 novas vagas em CTs no estado (O Dia, 2021). Na época, o governo estadual já possuía cerca de 300 entidades cadastradas, acolhendo aproximadamente dez mil pessoas (A Voz da Serra, 2021). No âmbito do município do Rio de Janeiro, entre 2019 e

2022, foram lançados três editais de financiamento público de CTs: o 01/2019, da Secretaria de Ordem Pública (SEOP), com um montante de R\$ 2,7 milhões, e dois editais pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), os editais 37/2021, no valor de R\$ 1,350 milhão, e o 04/2022, no valor de R\$ 4,680 milhões (Passos *et al*, 2023).

Âmbito	Ano	Órgão	Ação / Edital	Valor do Repasse
Estadual	2020	SES-RJ	Edital 01/2020	R\$ 1,6 milhão
Estadual	2021	Governo do Estado	Anúncio de contratação	R\$ 10 milhões
Municipal	2019	SEOP	Edital 01/2019	R\$ 2,7 milhões
Municipal	2021	SMAS	Edital 37/2021	R\$ 1,35 milhão
Municipal	2022	SMAS	Edital 04/2022	R\$ 4,68 milhões

Tabela 2: Financiamento de CTs no Estado do Rio de Janeiro entre 2019 e 2022

Já no primeiro ano do governo Lula III, há um rearranjo da pasta, em que a política de álcool e drogas foi redirecionada, extinguindo a SENAPRED e sendo alocada no Ministério da Justiça, incorporada à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), e no Ministério da Saúde, sob responsabilidade do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD). As Comunidades Terapêuticas não ficaram sem espaço na administração Lula III; durante a campanha, já havia o aceno positivo do então candidato ao campo evangélico para atuação conjunta no debate sobre drogas (Passos *et al.*, 2023). Nessa realocação da política de drogas, Lula cria o Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas (DEPAD) dentro da Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), sob a chefia de Wellington Dias (PT), ex-governador do Piauí, onde estabeleceu parceria com o campo das CTs (Passos *et al.*, 2025).

Em tempo, destacamos que parte contundente do financiamento público às Comunidades Terapêuticas se dá em forma de emendas parlamentares, sejam emendas de bancada ou pessoais. O financiamento via emendas parlamentares é consideravelmente mais difícil de rastrear, pois não necessita de editais nem de crivo de ministério algum. Contudo, a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Saúde Mental busca reunir essas informações, publicizando os dados em seu *website* a partir da iniciativa **Raio X das Comunidades Terapêuticas**. A partir dos dados publicizados de emendas parlamentares direcionadas às CTs de todo o Brasil entre os anos de 2019 e 2022, que correspondem à 56ª Legislatura do Congresso Nacional, durante o governo Bolsonaro, foi possível localizar 46 emendas destinadas a entidades do estado do Rio de Janeiro, localizadas nos municípios do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, Macaé, Barra Mansa, dentre outros, reunidas na Tabela 3.

CNPJ	CEP	Município	Valores	Autor	Data
08.872.893/001-77		Não Informado		Não identificado	24/12/2018
32.011.876/001-20	26.070-602	Nova Iguaçu		Não identificado	27/12/2018
32.011.876/001-20	26.070-602	Nova Iguaçu		Não identificado	27/12/2018
32.011.876/001-20	26.070-602	Nova Iguaçu		Não identificado	27/12/2018
32.011.876/001-20	26.070-602	Nova Iguaçu		Não identificado	27/12/2018
32.011.876/001-20	26.070-602	Nova Iguaçu		Não identificado	28/12/2018
05.553.848/001-61	26070-371	Nova Iguaçu	R\$200 mil	Não identificado	21/11/2019
32.011.876/001-20	26070-602	Nova Iguaçu	R\$150 mil	Não identificado	26/11/2019
1000021633/2019-18	26.070-602	Nova Iguaçu	R\$100 mil	Não identificado	28/11/2019
32.011.876/001-20	26070-602	Nova Iguaçu	R\$200 mil	Não identificado	2/12/2019
32.011.876/001-20	26070-602	Nova Iguaçu	R\$200 mil	Não identificado	2/12/2019

32.011.876/001-20	26070-602	Nova Iguaçu	R\$200 mil	Não identificado	17/12/2019
08.872.893/001-77	23.890-000	Seropédica		Não identificado	30/12/2019
32.011.876/001-20	26070-602	Nova Iguaçu	R\$300 mil	Não identificado	10/8/2020
32.011.876/001-20	26070-602	Nova Iguaçu	R\$200 mil	Não identificado	27/8/2020
08.913.297/001-98	23815-100	Itaguaí	R\$250 mil	Não identificado	22/10/2020
05.284.121/001-26	20730-000	Rio de Janeiro	R\$249,997.56	Não identificado	7/12/2020
06.030.501/001-05	20030-003	Rio de Janeiro		Não identificado	30/12/2020
07.212.454/001-75	22241-020	Rio de Janeiro	R\$300 mil	Deputado Federal David Miranda	13/12/2021
05.284.121/001-26	20730-000	Rio de Janeiro	R\$100 mil	Deputada Federal Chris Tonietio	23/12/2021
32.011.876/001-20	26030-380	Nova Iguaçu	R\$500 mil	Deputado Federal Juninho do Pneu	24/12/2021
48.555.775/074-05	27.910-970	Macaé	R\$324,799.00	Deputado Federal Rodrigo Maia	9/6/2022
18.541.140/001-32	27336-470	Barra Mansa	R\$200 mil	Deputado Federal Delegado Antônio Furtado	27/6/2022
32.011.876/001-20	26030-380	Nova Iguaçu	R\$107,737	Deputado Federal Chiquinho Brazão	8/7/2022
32.011.876/001-20	26030-380	Nova Iguaçu	R\$481,349	Deputado Federal Paulo	8/7/2022
32.011.876/001-20	26030-380	Nova Iguaçu	R\$150 mil	Deputado Federal Chiquinho Brazão	11/7/2022
03.284.108/001-41	25550-100	São João de Meriti	R\$539,002	Deputada Federal Benedita da Silva	12/7/2022

32.011.876/001-20	26.070-602	Nova Iguaçu	R\$319,022.	Deputada Federal Daniela Waguinho	25/8/2022
32.011.876/001-20	26.070-602	Nova Iguaçu	R\$190 mil	Deputado Federal Delegado Antônio Furtado	25/8/2022
32.011.876/001-20	26070-602	Nova Iguaçu	R\$107,963 mil	Deputado Federal Juninho do Pneu	25/8/2022
32.011.876/001-20	26070-602	Nova Iguaçu	R\$107,800 mil	Deputada Federal Benedita da Silva	25/8/2022
32.011.876/001-20	26.070-602	Nova Iguaçu	R\$346,142 mil	Não identificado	25/8/2022
32.011.876/0018-78	26.030-380	Nova Iguaçu	R\$100 mil	Não identificado	13/9/2022
32.011.876/001-20	26070-602	Nova Iguaçu	R\$100 mil	Não identificado	26/9/2022
50.456.870/003-00	23845-190	Seropédica	R\$100 mil	Não identificado	20/10/2022
31.840.523/001-70	25940-178	Guapimirim	R\$100 mil	Não identificado	31/10/2022
33.443.415/001-99	23078-560	Rio de Janeiro	R\$100 mil	Não identificado	10/11/2022
05.284.121/001-26	20.730-000	Rio de Janeiro		Deputada Federal Chris Tonietto	10/11/2022
11.938.762/001-50	28.986-488	Araruama	R\$120 mil	Deputado Federal Chris Tonietto	5/12/2022
08.913.297/001-98	23815-100	Itaguaí	R\$100 mil	Não identificado	6/12/2022
30.286.570/001-50	23.070-200	Rio de Janeiro	R\$536,290 mil	Deputado Federal Otoni de Paula	27/12/2022
33.223.778/001-19	24.890-000	Tangá	R\$106,220 mil	Deputado Federal Hugo Leal	28/12/2022

Tabela 3: Emendas Parlamentares Federais dispensadas entre 2019 e 2022. Fonte: Frente Parlamentar Mista em Defesa da Saúde Mental

A derrota de Bolsonaro nas urnas em 2022, apesar do que era esperado, não mudou significativamente o cenário do financiamento público federal às Comunidades Terapêuticas.

O DEPAD, em 2023, lançou o Edital MDS 08/2023, o primeiro edital de credenciamento de Comunidades Terapêuticas do governo Lula III, que habilitou 585 entidades para receber o financiamento do MDS ao longo do território nacional. Esse é o edital mais recente de financiamento público de CTs em nível federal. É importante que seja dito que o espaço e a verba destinados a essas entidades dentro do governo Lula não se dão sem a crítica e a resistência de sua base eleitoral, seja na esquerda lulista ou não lulista. Há resistência de inúmeros movimentos populares e entidades da sociedade civil ao aceno do governo federal a essas entidades, principalmente em um cenário em que a política social de álcool e drogas, ainda que fortalecida e ampliada pelo DESMAD/MS, segue estrangulada pelo teto de gastos do Arcabouço Fiscal.

No mês de julho de 2025, o Ministério do Desenvolvimento anunciou publicamente que o Edital 08/2023 seria extinto nas semanas seguintes. A extinção se dá porque, na elaboração do edital, não foram levadas em conta todas as normativas da Lei 14.133/2021, a nova Lei de Licitações, cujas normas só passaram a ser obrigatórias a partir do ano de 2024 (Brasil, 2025). Na nota em que anuncia a extinção do edital, o MDS também deixa claro que outro edital já está aprovado e, em breve, será publicado, explicitando que os contratos já vigentes não serão afetados, seguindo válidos dentro das condições em que foram inicialmente aprovados (Brasil, 2025). Importante destacar que o Edital 08/2023 tinha uma previsão de vigência de 60 (sessenta) meses e, na nota em questão, o ministério explicita a manutenção dos contratos já celebrados pelo referido edital.

Ainda no segundo semestre de 2025 temos dois editais importantes, a publicação do novo edital de credenciamento federal prometido pelo MDS e um edital lançado pela Secretaria Especial de Cidadania e Família (SECID) da prefeitura do município do Rio de Janeiro. Começando pelo mais recente edital da capital fluminense, publicado no Diário Oficial do Município em 25 de Novembro do referido ano, o edital prevê a contratação de 600 leitos em instituições de acolhimento a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, podendo ser leitos já financiados por edital anterior. O edital tem dotação orçamentária fixada no valor mensal de R\$ 1.571.124,00 (um milhão, quinhentos e setenta e um mil, cento e vinte quatro reais), o que significa num valor total anual estimativo de R\$ 18.853.488,00 (dezoito milhões, oitocentos e cinquenta e três mil e quatrocentos e oitenta e oito reais).

O Edital de Credenciamento MDS nº 20/2025 não apresenta um número específico de vagas totais a serem financiadas, apontando apenas que “o número de vagas a serem contratadas será de até 50% (cinquenta por cento) da capacidade da entidade por público

específico [...] a contratação deverá estar limitada a, no mínimo, 10 (dez) e, no máximo, a 60 (sessenta) vagas por público específico, devendo a entidade garantir a disponibilidade dessas vagas durante o prazo de execução do contrato” (MDS, 2025). Ainda, o edital estabelece a vigência do contrato por 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por até 60 (sessenta) meses, disponibilizando as seguintes quantias: “R\$ 1.172,23 (um mil, cento e setenta e dois reais e vinte e três centavos), *pro rata die*, por serviços de acolhimento de adultos dos gêneros masculino e feminino e R\$ 1.527,37 (um mil, quinhentos e vinte e sete reais e trinta e sete centavos), *pro rata die*, por serviços de acolhimento de mãe nutriz, acompanhada do lactente” (MDS, 2025). O edital não fala sobre a possibilidade de entidades já contempladas pelo edital anterior e com contrato ainda vigente poderem ou não pleitear financiamento pelo presente edital.

Finalmente, vale destacar a mais recente movimentação do campo das CTs. Em março de 2026, foi realizada uma reunião entre representantes da CONFENACT, FEBRACT e outras associações de Comunidades Terapêuticas no Ministério da Saúde, junto ao DESMAD, à Secretaria de Atenção Especializada (SAES) e ao gabinete do Ministro Padilha. Os representantes das CTs foram reivindicar e questionar o MS sobre falas recentes do DESMAD acerca da retirada das CTs da Portaria 3.088, a portaria da RAPS. O evento foi transmitido ao vivo em redes sociais, e os vídeos gravados e publicados nas redes sociais das associações de CTs circularam entre grupos da saúde mental por todo o país. Na referida reunião, houve a confirmação do Ministério da Saúde de que as Comunidades Terapêuticas não serão retiradas da RAPS. A reunião foi considerada uma grande vitória para as CTs.

2.3 Tipificando a Comunidade Terapêutica Brasileira

Este tópico se dedica a reunir as características das Comunidades Terapêuticas no Brasil, sobretudo aquelas que se instalam no estado do Rio de Janeiro. A ideia é trazer ao leitor um panorama geral e uma compreensão ampliada do que chamamos de Comunidade Terapêutica. Uma espécie de análise de conjuntura, reunindo os pontos observados e apontados pelas bibliografias que temos até então, contribuindo com novos olhares ainda não tão explorados.

Apontamos, ainda no início deste trabalho, os modelos e as metodologias de Comunidades Terapêuticas existentes na literatura, suas influências, os mecanismos que utilizam, suas semelhanças e diferenças e como tudo isso se construiu no Brasil a partir da década de 1960. Apontamos, também, que, ainda que existam semelhanças com o que De Leon (2014) aponta como o método desenvolvido nos EUA, há ainda diferenças

consideráveis a serem exploradas e reunidas. Dessa forma, este tópico será organizado da seguinte forma: i) Instituições de Violência: do que falamos quando tratamos sobre Comunidades Terapêuticas; ii) Do bucólico ao centro do poder: apropriação dos territórios fluminense; e iii) O Som do Silêncio, a apropriação institucional das CTs: financiamento, crise do capital e a contrarreforma.

2.3.1 Instituições de Violência: do que falamos quando tratamos sobre Comunidades Terapêuticas

De início, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publicou, em 2017, a Nota Técnica nº 21: *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*, que traz, em linhas gerais, a conceituação do que é Comunidade Terapêutica e quais são os pilares que sustentam o modelo de CT existente no Brasil. O relatório em questão já apresenta uma das características de uma Comunidade Terapêutica que afirmamos aqui ser o principal elemento caracterizador dessas instituições: o embasamento no tripé trabalho-disciplina-espiritualidade (IPEA, 2017). Em seguida, o relatório aponta ainda o emprego de saberes técnico-científicos, como saberes médicos, psicológicos e socioassistenciais, que são combinados à espiritualidade. Aqui já observamos semelhança com os modelos e metodologias de CTs apresentados no capítulo anterior, mas também com a diferença que Cavalcante (2019) aponta no caso brasileiro: a centralidade da fé.

Vale a pena dar enfoque ao que chamamos aqui de tripé disciplina-espiritualidade-trabalho. Passos *et al.* (2020) realizam bem o esforço que buscamos aqui, apontando para características centrais do modelo de CT brasileiro a partir de uma revisão de literatura. As autoras pontuam, apoiadas na Nota 21 do IPEA (2017), que, das mais de 2 mil CTs abordadas na pesquisa, menos de 20% delas não possuíam alguma vinculação religiosa, enquanto todo o restante apontava para vinculação com religiões cristãs (católicas ou protestantes). Mesmo na parcela que indica não ter vinculação direta com uma religião, o estudo evidencia que existe forte embasamento na ideia de espiritualidade, na compreensão de que a recuperação, a “cura”, vem de um poder superior. O que, na prática, significa a submissão dos internos à religiosidade escolhida pela CT, o que configura violência religiosa (Passos *et al.*, 2020).

No que tange ao trabalho, a utilização da *laborterapia*, isto é, a utilização do trabalho como método terapêutico, consiste basicamente na realização de atividades enquanto parte do projeto terapêutico, indo desde a limpeza e manutenção das instalações das CTs até trabalho rural, construção civil ou atividades voltadas à geração de renda, mas não remuneradas

(Costa, 2021; IPEA, 2017; Passos *et al.*, 2020). A utilização da *laborterapia* parte da compreensão de que é pelo trabalho que os internos desenvolvem autodisciplina e autocontrole e, quando alicerçada na cosmovisão cristã, também conquistam a “dignificação”.

O emprego da *laborterapia* vai contra a Lei 10.216/2001, que versa, já em seu Art. 2º, alínea III do parágrafo único, que é direito de toda pessoa com transtorno mental ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração. Uma vez que essa prática se vale da força de trabalho das pessoas de forma não remunerada, sem direitos e garantias trabalhistas, configura, portanto, exploração. O relatório de Inspeção do Conselho Federal de Psicologia (2018) ainda aponta que, em boa parte dos casos observados, as condições de trabalho às quais são submetidos os internos de CTs são insalubres e, por vezes, análogas às de trabalho escravo, além de haver castigos físicos em caso de recusa.

Costa (2025) vai apresentar a ideia de que as CTs no Brasil são um amálgama, uma junção, das instituições fundantes da sociedade brasileira: o manicômio, as prisões, as senzalas e as igrejas. Ao longo do presente trabalho, anunciamos as nuances que compõem a ideia de tal amálgama. Se a lógica, no Brasil da recente República, era a lógica alienista-penal, da criminalização da cultura negra e do drogado, relegando a ele o “tratamento” compulsório nos manicômios, sustentados por uma lógica “*hemiderna*”, fundada no conservadorismo e na não secularização total do país, podemos compreender o que Costa (2025) vai apontar como o destino dado ao negro, periférico, drogado e desviado moralmente: o manicômio, na ideia de tratamento; a igreja, na ideia de salvação moral e espiritual; a prisão, na ideia de punição e pagamento pelos erros; e a senzala, na ideia de depósito de negros, sendo a CT a união das instituições que forjam o Brasil.

Costa (2025) nomeia as CTs, bem como faz Basaglia (1985) com os manicômios, de “instituições de violência”, enquanto “expressão global da violência do nosso sistema social” (Costa, 2025 apud Basaglia, 1985). Violência física, comprovada pelas inúmeras denúncias midiáticas e expostas em relatórios técnicos de castigos físicos, torturas e até assassinatos (CFP, 2018; G1, 2023), bem como violências simbólicas e subjetivas, como a conversão religiosa compulsória, a abstinência compulsória, o trabalho não remunerado, bem como violências sexuais e de gênero contra a população LGBTQIAPN+. Mesmo que haja, tanto por parte do campo de CT quanto por alas do governo federal, um movimento de justificar a existência e o financiamento dessas instituições em dados científicos, inclusive se utilizando de universidades públicas de renome para tal, os produtos desse esforço ainda evidenciam tudo o que apontamos aqui.

Na matéria escrita por Passos, Castro, Moura e Lopes (2025), analisando o relatório de avaliação das CTs contratadas pelo MDS através do edital 08/2023, os autores resgatam que o relatório em questão aponta ter identificado violações de direitos em algumas unidades. Superlotação de quartos — com cerca de 80 pessoas —, limitação de contato familiar, alimentação insuficiente, além de atividades laborais por períodos extenuantes e em más condições de exercício, são algumas das violações que o relatório da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) aponta. Daí vale retomar o questionamento dos autores na matéria: justifica-se o financiamento porque não se tortura nem se quebram tantas normativas **quanto se poderia**? Vale ainda destacar que o relatório também expõe o financiamento público de CTs que fazem acolhimento de crianças e adolescentes, o que é proibido desde a Resolução 249/2024 do Conanda.

Acreditando estar suficientemente sustentada a caracterização das Comunidades Terapêuticas, tanto com os pontos explorados nesta escrita quanto com as demais literaturas resgatadas, há outro ponto importante a ser explorado, que fala sobre território: onde essas instituições se instalam e por que o fazem dessa forma.

2.3.2 Do bucólico ao centro do poder: apropriação dos territórios fluminenses

Nas primeiras literaturas, é comum encontrar um perfil de CTs que se instalam em zonas rurais das cidades, no interior dos estados ou mesmo no interior do país. O relatório do IPEA (2017), que abordamos no ponto anterior, aponta uma estimativa de que 72,4% das CTs no Brasil estejam em zonas rurais do país. Não é coincidência que a primeira CT de que se tem registro no Brasil seja em Goiás, no fim dos anos de 1960. Mesmo com a construção de Brasília e uma expansão populacional significativa, a população do estado à época pouco passava de 3,2 milhões de habitantes. Hoje, segundo o Censo do IBGE de 2022, o estado de Goiás possui a 11ª maior população do país, com cerca de 11 milhões de habitantes, sendo a maior parte de sua extensão territorial área rural até hoje. Esse movimento é historicamente relatado na literatura sobre Comunidades Terapêuticas, podendo ser herança do modelo estadunidense, que também buscava se afastar de grandes centros urbanos para que houvesse a devida purificação: a ideia de que a cidade e a vida noturna eram uma tentação aos internos, enquanto o bucólico, o campo e o trabalho com a terra eram purificadores.

Prudêncio *et al.* (2024) traz um novo olhar sobre esse movimento ao analisar as CTs no Norte e Noroeste fluminense, onde as autoras localizam um número expressivo de CTs nos municípios de Macaé e Campos dos Goytacazes, os maiores municípios da região norte do ERJ. As autoras ainda retomam que Campos dos Goytacazes é historicamente um

importante centro comercial no norte do estado, pelo passado de produção de cana-de-açúcar. Importa dizer que, das pessoas que exerceram o cargo de governador do estado do Rio de Janeiro desde os anos 2000, duas são oriundas das regiões Norte e Noroeste: Antony Garotinho (1999–2002) e Rosinha Garotinho (2003–2007), sendo também um importante polo da política fluminense. Campos também é o município mais populoso do interior do estado, com 480 mil habitantes (IBGE, 2022). Enquanto Macaé, além de ser uma cidade universitária, com polos da UFRJ, UFF e IFF, também possui bases da Petrobras, além de um porto, sendo conhecida como a capital nacional do petróleo. Esse movimento não se deu do dia para a noite: Prudêncio *et al.* (2024) aponta a existência de CTs em funcionamento na região desde a década de 1980.

As autoras mostram uma virada importante na tendência que o IPEA (2017) apontou, indicando que, no caso do Norte Fluminense, 81% das CTs estão situadas em municípios centrais. A coletânea “*Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial*” (Passos *et al.*, 2024a) traz outros artigos que apontam para essa mesma tendência, evidenciando a presença dessas instituições também nas regiões Metropolitana II, como em Tanguá e Itaboraí, e Metropolitana I, em Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Nova Iguaçu, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Paracambi, São João de Meriti, Queimados, Seropédica e no município do Rio de Janeiro (Passos *et al.*, 2024b). Importa dizer que, dos oito municípios mais populosos do ERJ, de acordo com o mais recente Censo do IBGE (2022), apenas os municípios de Niterói e São Gonçalo **não são citados** no estudo.

Acredito que, isto posto, podemos afirmar que existe uma virada na apropriação do espaço que as Comunidades Terapêuticas brasileiras realizam nas últimas décadas no ERJ, deixando de se concentrar nas zonas rurais e adentrando os grandes centros, e o mapeamento que resgatamos acima evidencia isso. Agora nos resta indagar: por quê? Prudêncio *et al.* (2024) aponta para um “devir manicomial” que faz com que essas instituições se instalem nesses municípios, sendo muitos deles de caráter conservador, como Campos dos Goytacazes, último município do ERJ a abolir a escravidão, onde também existiram grandes instituições manicomiais, bem como Paracambi, com o Instituto Eiras. A prática do higienismo seria, segundo as autoras, comum para essas localidades, constituindo, portanto, terreno fértil para as CTs.

Ainda que partilhemos dessa análise e este seja um ponto importante a ser levado em conta, acreditamos haver outro aspecto que dá contorno a esse movimento por outra via, e acreditamos ter dado alguns indícios ao apresentar brevemente a conjuntura dos municípios da região Norte. Duque de Caxias é o terceiro município em população do estado e possui

bases de petróleo da Petrobras, sendo governado por uma família tradicional e influente na política estadual; a Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro (RMRJ), que é composta por 22 municípios — vários listados acima —, detém mais de 70% da população do estado e é a segunda aglomeração mais populosa do país, além de ser uma das maiores da América Latina. Mesmo que represente, territorialmente, apenas 12% da extensão territorial do estado, a RMRJ concentra cerca de 75% do Produto Interno Bruto (PIB) do estado.

Outros dados relevantes: dos oito que assumiram o governo do estado do Rio de Janeiro desde os anos 2000, apenas três não nasceram nos dez municípios mais populosos do estado, sendo dois nascidos fora do estado do RJ. Na composição da atual legislatura da ALERJ, a grande maioria dos deputados é proveniente de municípios da RMRJ ou de grandes municípios, como Campos dos Goytacazes.

Com essas informações, queremos dizer que o deslocamento territorial das CTs no Rio de Janeiro, o êxodo rural, por assim dizer, que essas entidades praticam, é nada mais, nada menos, que parte de seu movimento pelo espaço da política institucional, não só da política estadual, mas também da política nacional. Ora, ainda que tenhamos uma formação sócio-histórica muito voltada à produção extrativista e agrícola, de café, cana-de-açúcar, ouro e demais produtos em regiões do Médio Paraíba, Norte e Costa Verde, essa conjuntura deixa de ser realidade em meados do século XX. Com a desindustrialização do estado, as décadas de 1960 e 1970 mudam a conjuntura econômica do RJ, passando a ser estabelecida no setor de serviços e na indústria de petróleo e gás, devido à descoberta da Bacia de Campos, no norte do estado. A descoberta do pré-sal, nos anos 2000, no litoral do estado, também alavancou a economia de municípios da RMRJ, devido aos royalties do petróleo.

Assim, se o fluxo econômico do estado está concentrado, primeiro, nos grandes centros urbanos, onde se concentram os grandes centros comerciais e de serviços; segundo, nos municípios com bases de extração de petróleo, como Campos dos Goytacazes, Leste e Baixada Fluminense, existe, então, um fluxo de relevância política desses territórios para a política estadual. A presença dessas instituições próxima aos centros de circulação do poder institucional passa a ser, então, central, ao passo que objetivam disputar esse poder, conquistar alianças e obter centralidade na política assistencial. Por óbvio, o *devir manicomial* é fator determinante para a dispersão territorial das CTs no estado; acreditamos que este é um fator determinante em nível geral, inclusive. Contudo, compreender a dinâmica política e econômica do estado pode ser a chave de resposta para esse movimento.

Importa ressaltar que o Rio de Janeiro, sendo o terceiro estado mais populoso do país, possui grande relevância na composição dos poderes federais. No Legislativo, o estado conta

com três senadores e 46 deputados federais, além de possuir dois ministros do STF. Oito presidentes da República eleitos ao longo da história nacional saíram do Rio de Janeiro, nascidos no estado ou tendo nele construído sua trajetória política, sendo os mais recentes Fernando Henrique Cardoso e Jair Messias Bolsonaro.

A disputa pelo fundo público, a possibilidade de financiamento público a essas instituições, é oriunda, necessariamente, da conquista de base política; o movimento de se voltar aos espaços urbanos foi um prelúdio da disputa pelo orçamento público. E do que se trata o fundo público? Aqui, compreendemos como a expropriação privada, pelo Estado, da produção coletiva da classe trabalhadora, a partir da arrecadação via taxação, impostos, contribuição direta e afins, composto, então, pelo trabalho excedente e pelo trabalho necessário (Salvador, 2012; Behring, 2004). O fundo público no capitalismo contemporâneo é base para uma série de fluxos macroeconômicos, como as políticas sociais, sendo responsável pelo seu alargamento de escopo, o que garante condições de reprodução da vida e expansão do mercado de consumo (Salvador, 2012).

Lembremos que, principalmente no caso brasileiro, são políticas sociais de garantia de direitos, como o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social, o Bolsa Família e afins, que permitem à classe trabalhadora as condições de autorreprodução e participação na vida social e econômica; logo, são elas que permitem que haja consumo dos mercados, inclusive o de trabalho. Se, como falamos no capítulo anterior, a gênese do capitalismo seria impensável sem a organização do Estado, e esta só se deu pela acumulação primitiva, na contemporaneidade observamos o fundo público exercendo a função da acumulação primitiva, de sustentação do capital (Salvador, 2012). “O fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital. A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo” (Salvador, 2012, p. 4).

Salvador (2012) compreende que a alocação de recursos do fundo público por parte da administração representa, para além de tomadas de decisões econômicas, escolhas politicamente orientadas, decisão essa que reflete a correlação de forças que possuem hegemonia na sociedade. Assim, o orçamento público não é somente mera peça técnica; a sua alocação define a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de financiamento de políticas públicas, sendo essencial para a compreensão da linha que guia a construção da política social nacional.

Se tem uma definição para o fundo público no Brasil, particularmente para orçamento público, ela pode ser feita em uma única frase: O orçamento é financiado pelos pobres via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, sendo

apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e acumulação de capital (Salvador, 2012, p. 7).

Se compreendemos o fundo público como proveniente de uma apropriação privada de uma riqueza, de um *mais-valor*, que é socialmente produzido, logo, a alocação desse recurso, proveniente da exploração do trabalho da classe que o exerce, é de interesse dela. Logo, o debate sobre o fundo público nos é aqui importante, sobretudo quando esse fundo, que deveria ser destinado a políticas sociais garantidoras de direitos, como a RAPS, é destinado a instituições de violência, como as CTs. Passos *et al.* (2023) realizam primorosamente o debate sobre a apropriação do fundo público por CTs, apontando que o financiamento público dessas instituições vem junto do aumento do desfinanciamento das políticas sociais de saúde e assistência. Em um cenário onde não há ampliação da cobertura de forma significativa, não há manutenção das instalações já existentes, tampouco aumento significativo dos quadros técnicos, forma-se um projeto político de desfinanciamento crônico e asfixia das políticas sociais. O que promove um buraco assistencial e alimenta um argumento que sustenta a narrativa de justificativa das CTs, de que as políticas públicas não dão conta da demanda e, por isso, essas instituições precisam de fomento para atuar de forma complementar.

Vale nos debruçarmos sobre essa ideia de “buraco assistencial”. O *Censo Psicossocial dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro* (Passos *et al.*, 2026) realizou o levantamento do perfil dos usuários acompanhados na RAPS fluminense entre os anos de 2022 e 2023, realizando também o levantamento dos dispositivos de que a rede dispunha à época, bem como das redes externas que acionaram a RAPS. Ao todo, foram mapeados 187 CAPS, 4 Unidades de Acolhimento Adulto (UAA), 4 Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) e 275 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em funcionamento até dezembro de 2023 em todo o estado. Vale ressaltar que, dos 187 CAPS, apenas 36 eram CAPS AD, entre as modalidades II e III. Importa dizer, ainda, que as UAAs e UAIs são dispositivos de suspensão territorial temporária, voltados a atendimentos de urgência para usuários com complicações decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Serviço	Quantidade
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	187

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	275
Unidades de Acolhimento Adulto (UAA)	4
Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI)	4

Tabela 4: Dispositivos da RAPS ERJ. Fonte: Censo Psicossocial dos usuários dos serviços do estado do Rio de Janeiro

O Censo Psicossocial também mapeou 26 CAPS, apontando que CTs demandam de seus serviços. Se cada serviço que apontou Comunidades Terapêuticas como parte das redes que os demandam representar uma CT, cada um representa, então, 26 CTs que fazem rede com a RAPS do estado, o que representa 72% do número de CAPS AD mapeados pela pesquisa (Passos *et al.*, 2026). O relatório final da pesquisa ainda retoma o mapeamento de CTs no estado do RJ realizado por Passos *et al.* (2024), que mapearam CTs nas regiões Metropolitana I, Metropolitana II e Norte, tendo encontrado cerca de 199 CTs, o que representa um número 453% maior que o número de CAPS AD de que o estado dispõe (Passos *et al.*, 2026). A partir desses dados, acreditamos que vale, sim, o questionamento sobre se existe um buraco assistencial, mas quem o abriu? Quem o sustenta? O fato de as CTs aparecerem como uma rede que demanda dos CAPS pode dizer, também, que existe uma penetração na RAPS desses serviços? Ainda nesse tópico, o edital MDS 08/2023 credenciou, isto é, financiou 20 CTs no estado do Rio de Janeiro, distribuídas entre a capital, Itaboraí, Nova Iguaçu, Teresópolis e Petrópolis (Brasil, 2024).

Importa retomar que, desde o golpe parlamentar que depôs Dilma Rousseff, uma série de políticas de austeridade fiscal são implementadas no país, promovidas por alas ultraneoliberais que passam a ocupar a chefia dos poderes institucionais, garantindo vantagens ao grande capital. A principal política de austeridade fiscal a citar aqui é a Emenda Constitucional 95, que congelou os investimentos em políticas sociais por vinte anos. Hoje, a EC 95 é chamada de Arcabouço Fiscal, modificação aprovada no início do governo Lula III, mas que pouco altera o cenário existente. Então, a apropriação do fundo público pelas CTs se dá em meio a um cenário de estrangulamento das políticas sociais, ultraneoliberalismo hegemônico e aprofundamento do fundamentalismo religioso que avança sobre as políticas de assistência às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, como apresentamos no tópico anterior.

Outro ponto que acreditamos compor pilar importante do que caracteriza as CTs no Brasil e, inclusive, possibilita seu financiamento direto e indireto é o que Rui e Fiore (2021) denominam de Zona de Indeterminação. Em outras palavras, essas instituições estão em um “fora dentro” entre três pastas: Saúde, Assistência e Justiça. São regulamentadas pela Anvisa e compõem a portaria da RAPS; são financiadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Assistência Social e, por vezes, estão alocadas em secretarias de assistência social; bem como são regulamentadas pelo Conad, compõem o Sisnad e integram a política de drogas, que é atribuição do Ministério da Justiça. Tudo isso lhes permite existir em um lugar de privilégio e quase imunidade, pois recebem fundos federais de forma direta — via editais de financiamento — e de forma indireta — como isenção fiscal e imunidade tributária por comporem a RAPS —, tudo isso sem serem dispositivos nem de saúde, nem de assistência. Além dos benefícios de financiamento direto e indireto, a zona de indeterminação em que essas entidades se encontram também as beneficia em um tópico muito importante, que é a fiscalização: não sendo de responsabilidade oficial de nenhuma dessas pastas e não sendo oficialmente uma política pública, a tarefa de fiscalizar de forma constante essas instituições é de... ninguém.

2.3.3 O Som do Silêncio, a apropriação institucional das CTs: financiamento, crise do capital e a contrarreforma

No tópico anterior, abordamos uma série de tópicos que caracterizam as CTs brasileiras, passando de aspectos da “clínica” empregada por essas instituições até as disputas políticas pelo fundo público realizadas por esse campo, passando pela relação com o território até a zona de indeterminação que possibilita que essa disputa ocorra nos termos em que ocorre. Dentro do aspecto do financiamento público de Comunidades Terapêuticas, existem outras nuances que são de nosso interesse explorar, a fim de melhor elaborar o espaço político ocupado por essas entidades e o significado desse financiamento para o Estado e a Política Social brasileira. É preciso aprofundar e refinar nossas análises.

Duriguetto e Demier (2017) trazem o conceito de *Democracia Blindada*, que os autores descrevem enquanto um processo de contraofensiva do capital brasileiro, a partir de uma série de *Contrarreformas*, baseadas no acirramento da lógica neoliberal, pautado na narrativa da austeridade fiscal e dos avanços econômicos, limando direitos sociais, atacando políticas sociais e instituições democráticas que viabilizam ações de consenso entre Estado e classe trabalhadora. A ideia de contraofensivas do capital na forma de contrarreformas surge em alguns autores (Duriguetto; Demier, 2017; Passos *et al.*, 2024; Costa, 2023; De Paula;

Kimati, 2023), sendo todas elas erigidas sobre a destituição de direitos, em diferentes âmbitos, da classe trabalhadora pela classe média, hiper-representada no Congresso Nacional, acentuadas a partir de 2015, ano do golpe parlamentar. Para nós, a “frente” das *Contrarreformas* que mais interessa à análise é no âmbito da política de saúde mental, o que De Paula e Kimati (2023) nomeiam como *Contrarreforma Psiquiátrica*, que surge também em outros autores como um “conjunto de retrocessos e desmontes no campo da saúde mental e ascensão do conservadorismo” (Costa, 2023, p. 342). Alguns acontecimentos históricos que compõem essa contraofensiva foram descritos nos tópicos 2.1 e 2.2 deste capítulo, sendo, para nós, os de maior relevância aqueles que consolidam as CTs no centro da política social de drogas e possibilitam seu financiamento: a Resolução 01/2015 do CONAD e a Lei 13.840/2019.

É exatamente no processo de acirramento do modelo neoliberal de gestão do capital nas sociedades de classe que se observa o processo de impermeabilização das instituições democráticas — ministérios, secretarias de governo, parlamentares e afins — às demandas do povo. Se observamos, durante a segunda metade do século XX, com o modelo fordista-keynesiano e as economias *welfarianas*, um maior espaço para as demandas populares da classe trabalhadora, a definição de um salário mínimo, direitos previdenciários, garantia à seguridade social e conquistas trabalhistas via mobilização sindical, no ciclo do neoliberalismo radical, mobilizado por um capitalismo em crise, vemos todos esses direitos retraídos, quando não brutalmente ceifados, seja diretamente, como com a EC 95 e a Lei 13.840/2019, seja indiretamente, com a proposta de revogação dos pisos constitucionais de financiamento das políticas sociais (Duriguetto; Demier, 2017).

É da ideia de uma “impermeabilização” das instituições democráticas e dos poderes que, em tese, devem representar os interesses do povo, que vem o conceito de *Democracia Blindada*. Vale destacar, ainda, que, no final do ano de 2025, observamos uma mobilização do Congresso Nacional pela aprovação da popularmente chamada “PEC da Blindagem”, uma proposta de emenda à Constituição que protegeria congressistas contra ações da Justiça, na qual somente as Casas parlamentares poderiam aprovar a persecução penal de um de seus membros.

A ideia de *Democracia Blindada* se relaciona de forma próxima com o que Gramsci nomeia como “Crise Orgânica” ou “Crise de Hegemonia”, enquanto um processo de distanciamento entre governantes e governados, de autonomização da sociedade política (aparatos de repressão) em relação à sociedade civil (aparelhos de hegemonia) (Bianchi, 2019). A crise, em Gramsci, expressa-se na falta de capacidade de manutenção do

ordenamento pela classe dirigente, uma “crise de hegemonia” dessa classe sob o regimento do Estado. Nesse contexto, segundo Gramsci, abria-se espaço para as “soluções de força”, nas quais a solução “normal” para o problema seria uma unidade forçosa e bruta, na qual a classe dirigente assumiria a gestão de vários partidos, solapando o inimigo e hasteando a bandeira de unidade e resolução de acordo com os melhores interesses da dita classe (Bianchi, 2019).

Essa solução na qual ocorre “a fusão de todo um grupo social sob uma única direção que é considerada a única capaz de resolver um problema existencial dominante afastar um perigo mortal” era considerada “um fenômeno orgânico e normal”, mas ela teria lugar apenas quando existisse uma relação de forças francamente favorável às classes dirigentes tradicionais (q 13, § 6, p. 1604). (Bianchi, 2019, p. 18).

Em outras palavras, a autonomização da Sociedade Política em relação à sociedade civil, em que há, então, a escolha da resolubilidade pela “força”, significa a hipertrofia dos aparelhos coercitivos do Estado em relação às soluções de consenso, aos aparelhos de hegemonia. A crise, então, expressa-se não só na falta de capacidade da classe dominante de manter a hegemonia, mas também se apresenta no Brasil como crise do sistema de conciliação de classes e do modelo reformista adotado pelos grupos que se revezaram no poder até o golpe parlamentar, sejam os mais conservadores, sejam os mais progressistas (Duriguetto; Demier, 2017). É dessa crise, então, que ascende um grupo contrarreformista, que se opõe às agendas vigentes, e assim “o campo organizativo dos trabalhadores que se opõe à implementação desta agenda contrarreformista encontra na hipertrofia dos aparatos coercitivos do Estado a sua contraposição” (Duriguetto; Demier, 2017, p. 4).

Os autores apontam o processo de blindagem da democracia como algo originário do centro do capitalismo, que se expande para a periferia do capital e que tem seus caminhos abertos no Brasil em meados da década de 1970, iniciando-se de fato nos governos de Fernando Henrique Cardoso, e tendo continuidade nos governos Lula e Dilma. Esse processo culmina com a união das frentes da burguesia pela derrubada da gestão conciliatória para a retomada de suas taxas de lucro frente à “inabilidade” da gestão petista de enfrentar a crise econômica da forma como lhes era de desejo (Duriguetto; Demier, 2017).

É importante dizer que esses aparatos existem desde a concepção do capitalismo. A coerção é, na teoria gramsciana, parte essencial do Estado Ampliado. Na escola marxista, à qual Gramsci se filia, existe a compreensão de que o capitalismo, em sua essência, é barbárie e violência. Na teoria de Estado em Gramsci, o Estado Ampliado é composto pela Sociedade Política — os aparelhos coercitivos — e pela Sociedade Civil — os aparelhos de hegemonia —, onde as classes disputam por espaço representativo. Ou seja, ainda que haja uma classe

dirigente do Estado, para se firmar plenamente, este precisa abranger interesses das classes subalternas, de forma estratégica (Pereira, 2011; Duriguetto; Demier, 2017). O que apontamos aqui é exatamente um momento em que esses aparelhos coercitivos são hipertrofiados, priorizados em detrimento da hegemonia; a crise, então, vai se materializar na criminalização da pobreza, na judicialização de protestos, na repressão política e militarização, no esvaziamento de políticas sociais e no cerceamento de direitos sociais (Duriguetto; Demier, 2017).

A blindagem dos aparatos institucionais estatais a qualquer proposta reformista; programáticas políticas partidárias com diferenças adjetivas; hipertrofia do aparato coercitivo sobre as resistências e lutas dos trabalhadores contra a retirada de seus direitos constituem a agenda da e para a democracia. Nesta agenda, a democracia é uma nova configuração político-jurídica estatal que viabiliza, sem limites e amarras, os processos legais para as mudanças nas relações laborais da era da acumulação flexível, para a hegemonia da financeirização nas relações econômicas que opera uma drástica redução dos fundos públicos para o financiamento das políticas públicas universais e uma acelerada e acentuada transferência da oferta destas políticas para a via contratual mercantil (Duriguetto; Demier, 2017, p. 4).

A passagem acima traz um fio relevante: observamos, com a EC 95 e o financiamento público de CTs, exatamente os processos de redução dos fundos para financiamento de políticas públicas e de acelerada e volumosa transferência dessas políticas ao setor privado. Traçando um paralelo, se, no processo de Crise Orgânica, os aparelhos de hegemonia são atrofiados em prol da hipertrofia dos aparelhos coercitivos, temos, no caso brasileiro, a asfixia das políticas sociais e o redirecionamento dos investimentos à iniciativa privada. Pereira (2011) compreende as políticas sociais (saúde, assistência, educação etc.) como provenientes da disputa e do consenso entre as classes dominantes e subalternas, compreendendo-as enquanto aparelhos de hegemonia. Se observamos a asfixia do SUS e da RAPS em prol do financiamento de CTs, não sendo estas parte de qualquer política social, tampouco provenientes do consenso e muito menos atendendo a quaisquer interesses da classe trabalhadora, podemos compreendê-las enquanto parte dos aparatos coercitivos e uma das principais expressões do processo de Contrarreforma no âmbito da saúde mental.

Outro ponto que nos interessa diz respeito ao lugar das CTs na Crise do Capital, e acreditamos que a História vem anunciando isso, uma vez que somos marxistas e não acreditamos em coincidências. A década de 1970 aparece repetidamente como marco histórico para distintos processos políticos: marca a chegada das CTs no Brasil, marca a abertura de caminhos para a blindagem da democracia brasileira, como acabamos de ver, mas também é marco histórico de dois processos descritos por Mészáros (2000) e Rodrigues (2024), que entendemos como complementares à nossa análise. Mészáros (2000) traz o

conceito de Crise Estrutural do Capital, que se trata da ideia de que as crises são inerentes ao capitalismo e que a década de 1970 é o marco da crise derradeira do sistema, que afeta o metabolismo do capital e o conjunto da sociedade. O estopim são as crises do petróleo de 1973 e 1979; a partir dali, segundo o autor, o capital internacional perde gradativamente suas capacidades de superação de crises e de autoexpansão, diagnóstico que se comprova com a crise de 2008, que esgarça ainda mais o cenário geral da crise do capital (Mészáros, 2010).

O outro conceito é proveniente das contribuições de Rodrigues (2024) com a Economia Política do Narcotráfico (EPN), em que o autor traz quatro categorias centrais, sendo a de nosso interesse aqui a Repressão Seletiva. De acordo com o autor, a partir da década de 1970, com a doutrina de Guerra às Drogas de Nixon, há uma pressão sobre os países da América Latina para adesão à doutrina de forma específica, transformando suas forças militares nacionais em polícias antidrogas (Rodrigues, 2024). É importante retomar algo que trouxemos ainda no capítulo I desta pesquisa, sobre o Plano Aliança para o Progresso e o projeto imperialista dos EUA de monopólio da influência política sobre os países da América Latina.

A Repressão Seletiva se daria, então, sob a narrativa de distinção entre os países do Norte Global (centro do capitalismo) e os do Sul Global (periferia do capitalismo), em que os países do Norte seriam apenas consumidores de drogas e os do Sul, os países produtores; logo, as políticas de repressão e controle deveriam ser dirigidas aos países do Sul (Rodrigues, 2024). Contudo, o regime de controle e repressão que se estabelece nos países latino-americanos, bem como em demais países da periferia do capital, é voltado a populações específicas. Existe uma seletividade penal na orientação da política de drogas e na atuação das polícias antidrogas desses países, que vai vitimar principalmente populações vulnerabilizadas, como a população negra, pobre e periférica (Rodrigues, 2024). No caso do Brasil, a Repressão Seletiva vai se dar pelas megaoperações policiais em periferias das grandes cidades, vitimando, via de regra, pessoas negras e pobres, ou então pelo aprisionamento massivo, sendo ambas as formas estratégias de controle social da pobreza e da população negra (Rodrigues, 2024).

Todavia, acreditamos existir um fator inovador nas tecnologias de controle social e, aqui, chegamos à refinação argumentativa que anunciamos no início deste tópico. Acreditamos que Prudêncio (2025), quando traz o conceito de Aprisionamentos Terapêuticos, corrobora a ideia que buscamos elaborar aqui: a de que as Comunidades Terapêuticas, além de serem um amálgama das instituições de violência fundantes da sociedade (Costa, 2025), são também um novo dispositivo de encarceramento da população negra. Assim, os aparatos

coercitivos do Estado brasileiro, em seu processo de hipertrofia, não só avançam sobre a política de saúde mental, álcool e outras drogas, como também ganham um novo aliado no controle social da população negra.

Compreender os conceitos de crise, tanto a estrutural como a orgânica, é um esforço essencial para o processo que trazemos aqui enquanto Democracia Blindada, que se dá por uma série de “constrangimentos” às políticas sociais promovidos pelo capital neoliberal em crise e cada vez mais predatório, que promove um “giro à direita” da política social no Brasil (Fagnani, 2017; Lobatto, 2016; Pereira, 2011). Cada marco histórico aqui apresentado, isoladamente, representa uma grave derrota para a classe trabalhadora, e compreender os conceitos de crise pontuados aqui nos permite compreender, de forma geral, que existe uma conexão entre todos esses eventos que nos leva até a conjuntura do tempo presente. Não é à toa que as Comunidades Terapêuticas surgem na política institucional em pleno governo Lula, que entram para a RAPS no governo Dilma, governos de caráter conciliatório, e têm o ápice da conquista de espaço público a partir de 2019, no governo Bolsonaro, de características protofascistas, ultraliberais e de ruptura com o pacto democrático (Passos *et al.*, 2024).

Quando apontamos “não acreditar em coincidências”, queremos dizer que não é por acaso que as crises do capital, tanto a orgânica, em nível nacional, quanto a estrutural, em nível global, se iniciam exatamente na década em que é fundada a doutrina de Guerra às Drogas, de forte influência na América Latina, sendo este o mesmo tempo histórico de chegada das Comunidades Terapêuticas ao Brasil. É claro e evidente que a História, movimentada pela ação humana, é marcada por acontecimentos concomitantes, e a década de 1970 é marcada por inúmeros marcos históricos; contudo, seria ingênuo de nossa parte ignorar a possibilidade de um paralelo entre o início de uma profunda crise do sistema produtivo, o anúncio de uma doutrina de controle e repressão em nível global e o fato de que o *modus operandi* do capitalismo para a superação de crises é, exatamente, a busca pela expansão pela barbárie.

Importa retomar algumas questões para melhor estabelecer a correlação entre todos os pontos apresentados. No século XX, como já apresentamos, o capitalismo atinge sua fase imperialista, em que as potências do Norte Global buscam firmar suas áreas de influência no Sul Global, entendendo que não há mais espaço territorial para a expansão do capitalismo. Na segunda metade do século, o mundo vive sob as tensões da Guerra Fria, marcada pela intensa disputa de influência entre Estados Unidos e União Soviética, que disputavam a hegemonia global a partir de distintos modos produtivos. A partir daqui, dois acontecimentos são

relevantes para nossa compreensão geral. Em 1959, uma pequena ilha no Caribe, controlada pelo governo dos EUA, passa por um processo revolucionário, depondo o regime ditatorial de Fulgêncio Batista; Cuba, então, declara-se uma república socialista.

Pouco menos de dois anos após a Revolução Cubana, há o lançamento do plano regional bilionário denominado Aliança para o Progresso (1961-1970), apresentado anteriormente, que se baseava na intervenção norte-americana nos países latino-americanos para a manutenção de sua zona de influência. Em outubro de 1962, há o evento que quase lançou o mundo em uma guerra nuclear, que ficou conhecido como a Crise dos Mísseis em Cuba e que, resumidamente, consistiu no ápice da tensão entre EUA e URSS, em razão da instalação de bases de lançamento de mísseis na ilha caribenha.

Todos esses acontecimentos durante a década de 1960 geraram uma grande tensão na balança de poder. A possibilidade de perda de espaço para os comunistas era uma possibilidade não só impensável, mas ultrajante. A doutrina de Guerra às Drogas surge pouco depois, sob a narrativa de manutenção da ordem global contra um inimigo em comum, um inimigo não corpóreo, a ser combatido de forma constante e ostensiva, por dentro dos países, sob a liderança dos EUA e em seus termos. A Guerra às Drogas surge, então, enquanto narrativa de manutenção do controle e de policialização das forças armadas, bem como de adesão ao discurso conservador e neoliberal, que age contra os dissidentes sob o discurso da segurança nacional. Em um mundo onde não há mais para onde expandir e o grande capital precisa seguir aumentando suas taxas de lucro, a declaração de uma guerra intermitente e ostensiva é sua melhor saída, principalmente entendendo que não ter um inimigo físico de fato e operar por intervenções em territórios periféricos significa baixas “insignificantes” e uma estratégia eficaz de controle social, uma vez que os alvos são sempre o “traficante”, o “viciado” ou o “louco”.

Finalmente, acreditamos que o histórico desde a década de 1970 até 2026, realizado ao longo de todo este capítulo, possibilita afirmar que existe uma íntima relação entre a Guerra às Drogas e as Comunidades Terapêuticas, sendo estas instituições novos dispositivos, mais sofisticados, de Repressão Seletiva. A possibilidade de operar um “aprisionamento terapêutico” significa utilizar uma lógica manicomial transformada em tratamento, a partir da utilização de um aparato coercitivo falsamente nomeado como de hegemonia. As CTs no Brasil são a expressão mais contemporânea e refinada, no âmbito da saúde, da crise de hegemonia da estratégia de conciliação de classes e da crise estrutural do capitalismo internacional rentista. No fim do dia, podemos compreender que essas instituições são as novas operadoras não de uma política de aniquilamento brutal, apenas pela brutalidade

inconsequente, mas de um projeto de controle e manutenção da ordem que remonta à Guerra Fria. As CTs corporificam a mais requintada barbárie do capital, que atualiza a doutrina de **Guerra ao Socialismo** com a doutrina da **Guerra às Drogas**.

CAPÍTULO III - O Trabalho do Psicólogo nas Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro

Para pensar qual é a implicação do trabalho do profissional de psicologia nos espaços de Comunidades Terapêuticas, vale a pena retomarmos brevemente a construção histórica da Psicologia no Brasil. A psicologia, desde sua construção nos laboratórios de Leipzig com Wundt até as organizações soviéticas com Vigotski, se constrói enquanto um instrumento de classes, bem como as demais ciências originárias das diversas crises epistêmicas que fragmentam o campo das ciências sociais e, por isso, está costumeiramente atrelada aos interesses da parcela social dominante (Moura; Paz; Silva, 2025). Enquanto tecnologia

burguesa, a psicologia então se opera e é operada à manutenção do *status quo* das sociedades de classe, nos alinhando a perspectivas lombrosianas, alienistas e higienistas da medicina social dos séculos XIX e XX.

Desde o período Vargas, após 1930, o Brasil passava pelo processo de consolidação do projeto de consolidação do capitalismo nacional promovido pelas elites locais, também alicerçado nas elites internacionais e, por isso, a construção de saberes e códigos que sustentassem esse projeto foi ponto-chave para a burguesia (Bock *et al.*, 2022). Após a regulamentação da psicologia, em 1962, observou-se um exercício da profissão pouquíssimo implicado socialmente, voltado a um projeto de seleção, classificação e diferenciação das pessoas frente à necessidade de formar um corpo trabalhador para sustentar a industrialização nacional.

Observamos uma importante expressão disso durante a Ditadura Empresarial-Militar, quando as práticas psi, principalmente as psicanalíticas — hegemônicas à época —, eram instrumentos sofisticados do aparato repressivo da ditadura, na construção do “*Outro*” inimigo do Estado durante os anos de Chumbo, período de maior violência do regime, em meados da década de 1970. As categorias de “subversivo” e “drogado” surgem para definir aqueles sujeitos que representavam ameaça ao sistema, sendo o subversivo um sujeito perigoso, contaminado por “teorias exóticas”, criminoso, traidor, ateu. Enquanto o drogado carrega um estereótipo de doente e moralmente corrompido, nocivo à coletividade, pois se rendeu às drogas e é suscetível aos subversivos, assim, as categorias se entrelaçam, constituindo um regime de visibilidade em que são os sujeitos perigosos com problemas psicológicos que atentam contra os planos de ascensão social de suas famílias (Coimbra, 2004).

A operacionalização de uma racionalidade que acredita em uma subjetividade desviante, perigosa, “subversiva” é uma tecnologia refinada de controle de corpos específicos, utilizada enquanto base científica para legitimar a caçada contra grupos opositores ao sistema ditatorial. A característica intimista muito presente na psicologia à época foi utilizada como mecanismo de separação da elaboração subjetiva da realidade material; isto é, enquanto a busca pelo profundo autoconhecimento e os estudos sobre personalidade cresciam como forma de intervir em comportamentos errantes que poderiam ser danosos à busca pela ascensão familiar, em meio ao discurso do “milagre brasileiro”, que enebriava a realidade social de profunda violência e produção de morte, tudo que realmente importava estava no domínio privado (Coimbra, 2004).

O que materializa o aspecto psychologizante das práticas psi, como essa direção intimista e apartamentado do que é público e do que é privado, reside na construção do “perfil psicológico do terrorista brasileiro”. A partir do trabalho direto de profissionais de psicologia que trabalhavam no Centro de Estudos do Pessoal do Exército (CEPE), no Rio de Janeiro, na construção de um “perfil psicológico” dos presos políticos da ditadura, que deu base para a elaboração de uma série de pesquisas acerca de presos políticos, elaborando sobre aqueles que tinham salvação e aqueles irrecuperáveis (Coimbra, 2024). Essas “pesquisas” foram elaboradas na busca por entender o que fazia os filhos da classe média, potenciais ideólogos do regime, se voltarem contra ele, fazendo perguntas sobre uso de drogas, homossexualidade, vida sexual, envolvimento político, dentre outros; nessa pesquisa, até mesmo testes psicológicos, como o de Rorschach, eram empregados (Coimbra, 2004).

Importa dizer que, ainda que este cenário de horror tenha sido perpetuado pelos saberes e práticas psi, isto não se deu de forma totalizante; havia movimentos de contestação da lógica intimista e proposições alternativas ao fazer hegemônico. Não podemos esquecer que, na década de 1970, também houve um importante período de contestação do Estado ditatorial, que contou com a organização da classe trabalhadora e científica em prol da construção da democracia no país, como foram os Movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica (Yamamoto, 2007). O que conhecemos dentro da história da psicologia como “Crise da Psicologia Social” se deu através de uma permeabilidade de ideais marxistas que passam a ganhar espaço e projeção, fortificando a influência de importantes figuras da esquerda que visitam o Brasil na década de 1970, como Franco Basaglia, George Lapassade e, posteriormente, Félix Guattari (Moura; Paz; Silva, 2025; Bock; Furtado, 2019). É a partir do diálogo entre psicologia e marxismos que se originam novas experiências, como a Psicologia Social Crítica, a Psicologia Comunitária, a Psicologia Política, dentre outras.

O espírito democrático de contestação das bases do regime ditatorial também afetou a classe de profissionais de psicologia durante as décadas de 1970 e 1980, com a ocupação dos sindicatos da profissão, a fundação do sistema Conselhos de Psicologia e as lutas pela redemocratização. A profissão começa a se recolocar politicamente (Yamamoto, 2007). É justamente ao final do século XX que a Psicologia é tomada pelo espírito coletivo de resistência, inclusive aos ideais estadunidenses, e há um recálculo de rota que se orienta à consolidação de um projeto ético-político que busque atender às realidades latino-americanas e brasileira (Bock *et al.*, 2022).

Ainda na década de 1980, em meio à reabertura democrática do país, Silvia Lane publica o texto “Uma nova concepção de homem para a psicologia”, em 1984, que, ao

defender que toda a psicologia é social, marca uma virada de chave na profissão e abre os caminhos para a consolidação do que ficou conhecido como “projeto do compromisso social da psicologia”, promovido por várias gestões do sistema Conselhos de Psicologia a partir de 1996 (Bock *et al.*, 2022).

É no cenário de contestação da ordem ditatorial e abertura democrática, com o questionamento da função social da Psicologia e de seus profissionais, que se gesta uma mudança basilar na organização do trabalho da área. A categoria, que antes se organizava nos eixos básicos de clínica, escola, magistério e indústria, adentra os distintos setores das políticas públicas em processo de estabelecimento, passando a uma atuação mais voltada às camadas populares (Moura; Paz; Silva, 2025; Silva; Carvalhaes, 2016).

A consolidação da República a partir dos dizeres da Carta Magna de 1988 e sua orientação garantista de direitos, a partir dos postulados do capítulo voltado à seguridade social, permitiu a consolidação das políticas sociais como espaço de ampla atuação dos profissionais de psicologia. A construção do Sistema Único de Saúde, a instituição do Programa de Saúde da Família (tornado posteriormente em Estratégia no governo Lula), a Reforma Psiquiátrica e a inauguração dos dispositivos substitutivos ao manicômio clássico permitiram uma maior capilaridade da psicologia nas políticas sociais, área que segue até hoje sendo a que maior emprega profissionais da área (CFP, 2022).

Contudo, Dimenstein (1998) e Yamamoto (2007) nos convocam a uma reflexão: estariam as práticas de atendimento psi *clássicas*, costumeiramente voltadas ao trabalho com as elites, dotadas dos significantes dessa classe que organiza esse saber, alinhadas aos interesses das massas populares? Isto é, a psicologia, enquanto saber e *práxis* burguesa, com seu instrumental elaborado a dar conta do que concerne ao projeto burguês de nação brasileira, está apta a lidar com a classe trabalhadora nacional no presente formato? A resposta que os autores dão ao questionamento, evidentemente, é negativa.

Isto quer dizer que de nada adianta simplesmente uma categoria profissional que há décadas dá voz ao projeto de desenvolvimento nacional das elites adentrar a política social se é para transformar o acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde em divã. Se, enquanto saber burguês, fomos constituídos como campo de elaboração de técnicas refinadas de controle, classificação e docilização, nossa atuação é, então, necessariamente voltada à perpetuação do *status quo*, à manutenção do funcionamento do capital. Retomando Pereira (2011), se a política social é fruto da disputa do Estado originada da contradição fundamental da sociedade de classes e a psicologia é um saber de classes, é preciso ter claro qual front de batalha assumiremos.

Assim, questionar a função social da psicologia e buscar uma orientação outra da *práxis* psicológica orientada à classe trabalhadora passa pela elaboração de uma psicologia crítica, voltada à busca pela compreensão da completude do movimento do real e de seus efeitos à classe trabalhadora e de como atuar a serviço da classe trabalhadora (Costa; Mendes, 2022). O Projeto de Compromisso Social da Psicologia (PCSP) surge do processo de questionamento da função social da psicologia e se condensa em um projeto político propriamente dito na década de 1970, quando o processo toma mais corpo no Brasil. A ideia central do PCSP é a constituição de um projeto ético-político de uma psicologia alicerçada na realidade social brasileira e latino-americana, compromissada com a transformação social e que reconheça o sujeito enquanto autor de sua própria história (Bock *et al.*, 2007; Costa; Mendes; Pinto, 2023).

O PCSP surge do imbricamento dos ideais marxistas e das lutas de classes tocadas por sindicatos no movimento de questionamento das bases clássicas da psicologia e da necessidade de novas epistemologias capazes de produzir novas elaborações sobre o psiquismo (Costa; Mendes; Pinto, 2023). A busca de mudança do compromisso social da Psicologia, que até então era alinhado aos ideais burgueses, de manutenção do *status quo*, orienta-se a uma prática que não só se opõe às lógicas individualizantes, mas que parte da contextualização sócio-histórica dos indivíduos e territórios, de modo a torná-los agentes da transformação social (Bock *et al.*, 2007; Costa; Mendes; Pinto, 2023).

É, também, a partir da inserção dos profissionais de psicologia nas políticas sociais, sobretudo na Saúde, que o Conselho Federal de Psicologia, enquanto autarquia regulamentadora e fiscalizadora da profissão, lança um documento com diretrizes para atuação desses profissionais nesse novo espaço sócio-ocupacional, que se denominou “A atuação do psicólogo na promoção da saúde” (Yamamoto; Oliveira, 2010; França; Amador, 2021). Essa normativa inaugura o que depois se torna um fluxo constante de orientações e diretrizes promulgadas pelo Sistema Conselhos de Psicologia à toda a classe profissional de como atuar em determinados eixos das diversas políticas públicas em que existe um profissional de psicologia. Assim, em 2006, é criado o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), enquanto iniciativa de promoção de qualificação dos profissionais de psicologia atuantes em políticas públicas, tendo lançado sua primeira Referência Técnica já no ano de 2007.

Neste capítulo, nos voltaremos a debater sobre as implicações entre o debate de Trabalho e Trabalho Social na Psicologia, a partir do cenário da política de drogas, mais especificamente das Comunidades Terapêuticas. Assim, de início, realizaremos a análise de

normativas do Sistema Conselhos de Psicologia/CREPOP que versem sobre a atuação dos profissionais em políticas públicas específicas e/ou que envolvam marcadores sociais específicos, como relações raciais, de gênero e sexualidade, bem como relatórios de inspeção a entidades que prestam atenção a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em seguida, passaremos ao debate sobre o trabalho do profissional de psicologia e as Comunidades Terapêuticas. E, por fim, resgataremos o que compreendemos como os legados das CTs à psicologia e à política de drogas, indicando algumas pistas de continuação para trabalhos futuros, compreendendo as limitações da presente pesquisa.

3.1 Ecos do não Dito: Revisão de Normativas de Orientação e Fiscalização do Trabalho do profissional de Psicologia e seus espaços de atuação

Para abrir os caminhos deste último capítulo, trazemos uma análise de uma série de documentos elaborados pelo Sistema Conselhos de Psicologia ao longo das últimas décadas, sejam resoluções diretivas no que concerne ao dever e à atribuição do sistema de fiscalizar e orientar a atuação da classe profissional, sejam relatórios de fiscalização de espaços de trabalho psi, sejam orientações técnicas de trabalho produzidas pelo CREPOP. Essa revisão é feita com o objetivo de responder a um questionamento central: É preciso uma resolução/diretiva específica do Sistema Conselhos de Psicologia sobre a atuação (ou não) dos profissionais em Comunidades Terapêuticas? Será que, porventura, outros documentos anteriormente promulgados pela autarquia, que versavam sobre assuntos que tangenciam o trabalho nessa entidade, já não seriam suficientes para formular uma posição? Passemos à revisão para compreender isso em conjunto. Apresentaremos, em ordem cronológica e categorizada, primeiro as Resoluções do CFP, os Relatórios de Inspeção, as Referências Técnicas de Atuação de Psicólogas e, por último, o Código de Ética Profissional do Psicólogo, estando todos os documentos adscritos na Tabela 5.

Documento		Ano	Categoria	Síntese / Tema Principal
Resolução 01/1999	CFP	1999	Resolução Normativa	Estabelece normas de atuação para psicólogas(os) em relação à Orientação Sexual, vedando a patologização e proibindo

				qualquer prática de "terapia de reversão" (cura).
Resolução 010/2005	CFP	2005	Resolução Normativa	Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.
Resolução 01/2009	CFP	2009	Resolução Normativa	Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental (prontuários) decorrente da prestação de serviços psicológicos, fundamental para a responsabilização técnica e garantia de direitos.
Resolução 01/2018	CFP	2018	Resolução Normativa	Estabelece normas de atuação frente às pessoas transexuais e travestis, combatendo a transfobia, a patologização da identidade de gênero e garantindo o respeito ao nome social.
Resolução 08/2022	CFP	2022	Resolução Normativa	Estabelece normas de atuação profissional em relação às bissexualidades e demais orientações não monossexuais, garantindo uma escuta livre de preconceitos e apagamentos.
Resolução 07/2023	CFP	2023	Resolução Normativa	Atualiza as diretrizes e normativas do Conselho Federal de Psicologia para orientar a conduta técnica, ética e política da categoria profissional frente a demandas contemporâneas de direitos humanos.
Resolução 16/2024	CFP	2024	Resolução Normativa	Estabelece parâmetros normativos recentes para a prática psicológica, reforçando balizadores éticos do Sistema Conselhos para o exercício seguro e respaldado da profissão.

Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas	2011	Relatório de Inspeção (CFP / OAB / MP)	Denunciou violações sistemáticas em instituições de internação para usuários de drogas (incluindo clínicas e comunidades terapêuticas), como privação de liberdade, medicalização excessiva e tortura.
Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas	2018	Relatório de Inspeção (CFP / MPT / MPF)	Mapeou graves violações em dezenas de CTs pelas cinco regiões do país, incluindo trabalho forçado, intolerância religiosa, violação à liberdade sexual, desassistência em saúde e internações compulsórias ilegais.
Relatório de Inspeção Comunidades Terapêuticas do Rio de Janeiro	2025	Relatório de Inspeção Local	Documento de fiscalização e controle social voltado especificamente para o mapeamento das condições de infraestrutura, metodologias de tratamento e respeito aos direitos humanos nas CTs operantes no estado fluminense.
Relações Raciais	2017	Referência Técnica (CREPOP)	Orienta a atuação da Psicologia para o enfrentamento ao racismo estrutural e institucional, balizando a prática profissional no trabalho com as relações étnico-raciais.
Tentativas de Aniquilamento de Subjetividades LGBTIs	2019	Relatório Temático (CFP)	Reúne denúncias, depoimentos e análises sobre os graves impactos psicológicos gerados pelas chamadas "terapias de conversão" e a violência institucional contra a população LGBTI+.
Política de Álcool e Drogas	2019	Referência Técnica (CREPOP)	Alinha a atuação psicológica nas políticas públicas sobre drogas aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, contrapondo-se ao modelo asilar, proibicionista e abstencionista.

Atendimento às Mulheres em Situação de Violência	2024	Referência Técnica (CREPOP)	Atualiza as diretrizes para a escuta, acolhimento e suporte na rede de proteção às mulheres, pautando-se em perspectivas de gênero e interseccionalidade para evitar a revitimização.
População em Situação de Rua	2025	Referência Técnica (CREPOP)	Orienta a prática profissional (especialmente no SUAS e SUS) frente às pessoas em situação de rua, com foco na superação do estigma, vulnerabilidade extrema e fortalecimento da autonomia.

Tabela 5: Documentos do Sistema Conselhos de Psicologia

Ainda que o primeiro relatório produzido pelo Sistema Conselhos que apresente formalmente dados sobre Comunidades Terapêuticas date do ano de 2011, o “*Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*” (CFP, 2011), o qual abordaremos adiante, existem outras normativas que dão indícios sobre a atuação do profissional de psicologia nessas entidades, a começar pela Resolução CFP 01/1999, “Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual” (CFP, 1999).

Essa resolução, que podemos dizer com tranquilidade que foi e é uma das mais questionadas, estabelece pontos norteadores do trabalho com população LGB+⁹ de modo a não promover violências, questionamentos ou vitimização. Pelo contrário, a resolução orienta que a atuação deverá se orientar à reflexão sobre o preconceito, de modo a contribuir para o desaparecimento de estigmatização e discriminações contra os sujeitos que apresentam práticas ou comportamentos homoeróticos (CFP, 1999). Ainda, em seu parágrafo único, estabelece que “Os psicólogos não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades.” (CFP, 1999, parágrafo único, grifo próprio). Em matéria à RADIS, Eduardo Real, membro fundador do Movimento Nacional de Vítimas de Comunidades Terapêuticas, relata diversas violências sofridas ao longo de suas diversas internações em CTs. Ele conta que, em uma delas, um pastor lhe disse que o curaria do “vício e da homossexualidade” (Stevanim, 2026).

O relato de Eduardo condiz com outros diversos relatos e denúncias publicadas em veículos de imprensa de violências a identidades não heterossexuais, homotransfobia e

⁹ Excluídas pessoas trans, pois a normativa fala expressamente de atuação junto a sujeitos com orientação sexual não heterossexual, não abordando a temática de gênero.

práticas de “cura gay”. Ressaltamos que a prática denominada de “cura gay”, ao compreender que se trata de uma prática violenta, que vitimiza os sujeitos e mobiliza afetos de negação e recusa da identidade homossexual, vai contra a normativa CFP 01/1999, ficando, assim, proibida de ser praticada por qualquer profissional de psicologia.

Seguindo as resoluções, temos a Resolução CFP 01/2018, a qual “Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis”, apontando que a atuação dos profissionais de psicologia não poderá favorecer ou se utilizar de técnicas psi para criar discriminação, preconceito, estigmas ou estereótipos. Tampouco poderão ser coniventes ou se omitir diante dessas situações, não participarão de eventos ou serviços que tenham tais práticas, nem farão ou participarão de pronunciamentos que veiculem discursos transfóbicos. Também fica vedado ao psicólogo exercer qualquer ação que favoreça a patologização das pessoas transexuais e travestis, bem como propor, realizar ou colaborar com qualquer tipo de evento, serviço privado ou público, institucional e afins que adotem tais práticas/discursos (CFP, 2018).

Ainda na temática LGBT, a Resolução 08 de 2022, a qual “Estabelece normas de atuação para profissionais da psicologia em relação às bissexualidades e demais orientações não monossexuais”. Essa norma se assemelha consideravelmente às anteriores, indicando uma orientação em respeito à autodeterminação dos sujeitos, à preservação da dignidade humana e à atuação respeitosa. Algo que chama atenção é o Art. 3º, que diz:

Art. 3º A psicóloga e o psicólogo deverão:

- I - Considerar a autodeterminação de cada sujeito em relação a sua orientação sexual e identidade de gênero;
 - II - Atuar sempre com respeito à autonomia, integralidade e dignidade da pessoa atendida;
 - III - Reconhecer as intersecções entre território, raça, etnia, classe, geração, deficiências, identidades e expressões de gênero como marcadores sociais de diferenças;
 - IV - Reconhecer as bissexualidades e demais orientações não monossexuais como legítimas, não as vinculando às homossexualidades ou às heterossexualidades.
- (CFP, 2022)

Pela primeira vez em uma resolução sobre a atuação do profissional de psicologia, considera-se a noção de violências interseccionais e marcadores sociais da diferença como um critério de atuação profissional, enquanto quesito a ser levado em conta para pensar boas práticas. Ainda, a resolução define que é vedada a promoção de qualquer tipo de patologização dessas identidades, bem como “Compactuar com culturas institucionais discriminatórias, assediadoras e violadoras de direitos” (CFP, 2022, art. 4º, § 3º), ainda vedando quaisquer práticas ou empregos, em contexto de atuação do psicólogo, de processos de conversão, reversão, readequação ou reorientação de pessoas com orientações bissexuais.

A Resolução CFP 07/2023, “estabelece normas para o exercício profissional em relação ao caráter laico da prática psicológica”. Essa resolução aponta para a compreensão da laicidade na constituição do Estado Democrático brasileiro. Ainda que reconheça a religiosidade e a espiritualidade como parte constitutiva dos sujeitos, ela postula o reconhecimento de vivências ateístas e agnósticas, vedando, inclusive, quaisquer atividades discriminatórias, de imposição de algum credo, a utilização do título de psicólogo vinculado a alguma vertente religiosa, bem como a vinculação de técnicas e saberes psi a alguma religião, sendo os pontos que consideramos essenciais os seguintes:

VII - exercer qualquer ação que promova ou legitime práticas de intolerância e racismo religioso contra indivíduos e comunidades de matriz africana, indígenas e tradicionais; VIII - exercer qualquer ação que promova fundamentalismos religiosos e resulte em racismo, LGBTI+fobia, sexismo, xenofobia, capacitismo ou quaisquer outras formas de violação de direitos; (CFP, 2023, grifo próprio)

Finalizando as resoluções, temos a Res. CFP 16/2024, que retoma o cuidado com a população LGBTQIAPN+, tratando especificamente de pessoas intersexo. A resolução retoma a necessidade de compreensão das interseccionalidades que atravessam a existência dos sujeitos intersexo, o reconhecimento do nome social, bem como seus direitos sexuais e reprodutivos. Veda, ainda, toda e qualquer ação discriminatória, patologizante, de imposição de gênero/performance de gênero, incentivo à mutilação genital para adequação a padrões de gênero e “prestar serviços psicológicos que induzam dispositivos de afirmação de gênero, sexualidade, identidade e expressão de gênero das pessoas intersexo” (CFP, 2024).

Todas essas resoluções versam sobre aspectos da prática dos profissionais de psicologia junto a populações historicamente marginalizadas, falam sobre violências interseccionais, violência racial, de gênero, sexualidade, religiosa, capacitismo, xenofobia e outras. Essas resoluções possuem um padrão: todas elas se referem à necessidade de uma prática ética, pautada nos preceitos do Código de Ética Profissional, e vedam aos profissionais de psicologia que, por meio de suas práticas, atualizem qualquer forma de opressão, sobretudo se valendo de técnicas, conhecimentos, posição social/institucional, para violentar seus pacientes. A seguir, abordaremos os relatórios de inspeção em CTs produzidos pelo Sistema Conselhos, que apresentam algumas práticas dessas instituições em nível nacional e no estado do Rio de Janeiro; os relatos apontados ajudarão a construir a nossa análise.

Dessa forma, passamos ao “*Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de Internação para Usuários de Drogas*”, publicado pelo CFP em 2011, sendo o primeiro documento do SCP a apresentar dados sobre Comunidades Terapêuticas e atuação

de psicólogos. Esse relatório já apresenta indícios de Comunidades Terapêuticas que seguem o que chamamos aqui neste trabalho de método brasileiro de CTs, como intensa relação e presença de religiosidade cristã e abstinência como os passos para a “salvação”, a ideia de trabalho como dignificante, dentre outras coisas. O que chama atenção no relatório é a evidência de profissionais de psicologia nessas entidades tendo como atribuição realizar o que é nomeado como “entrevista motivacional” com os internos ao menor sinal de possível abandono do programa da CT por algum interno, basicamente operando convencimento à manutenção da internação. Como outras atribuições, são relatadas a realização de atendimentos grupais e individuais, realizados sempre na perspectiva da TCC. Nos pontos em que se aborda a produção de documentos, os relatos são sobre a existência de prontuários fora das normas do CFP (Resolução CFP 01/2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos), falta de espaços específicos para armazenamento de prontuários, até mesmo a completa falta de prontuários com registros de atividades.

Nesse relatório, foram fiscalizadas duas CTs no estado do Rio de Janeiro, uma no município de Macaé, “Shalom and Life”, que só atendia público masculino de 18 a 65 anos, com capacidade de 20 pessoas, e outra no município de Barra Mansa, “Portal do Renascer”, também atendendo público masculino, de 12 a 18 anos, com capacidade para 27 internos. Em ambas, foram identificadas punições físicas e morais àqueles que descumpriam o estabelecido no programa, bem como a orientação da abstinência. Na “Portal do Renascer”, foram identificadas contenção química, exclusão de um usuário devido a um “problema de homossexualidade” (CFP, 2011), bem como trabalho análogo à escravidão. O relatório, ao passo que narra a situação encontrada nas entidades, faz ainda o que denominam “recomendações para que sejam apuradas possíveis irregularidades apontadas na proposta de cuidado”; contudo, não faz qualquer apontamento direto sobre a implicação ética dos profissionais que atuam nessas instituições, tampouco aponta medidas que cabem ao próprio Conselho tomar em relação às violências e violações encontradas.

Seguindo, temos a produção mais significativa no tema de CTs produzida pelo Sistema Conselhos, que é o *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, feito em parceria com o Ministério Público Federal, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, publicado em 2018. Nesse relatório, foram vistoriadas 28 CTs em todo o país, sendo duas delas no estado do Rio de Janeiro, ambas na Baixada Fluminense (região de saúde Metropolitana I), nos municípios de Nova Iguaçu (Crisameta) e Seropédica (Jovem Ebenezer). Esse relatório, junto do

publicado pelo IPEA, é uma das principais bibliografias utilizadas na área de estudos para apontar um perfil da atuação de CTs. Ainda no primeiro capítulo, abordamos brevemente alguns aspectos do relatório, como a evidência de caráter asilar, castigos físicos, laborterapia, conversão religiosa, dentre outras coisas; contudo, esse relatório traz alguns pontos interessantes de se destacar.

De início, o relatório expõe uma dissonância entre as entidades fiscalizadas e a RDC 29/2011 da ANVISA, a mesma que fala sobre a necessidade de quadro técnico e que regula a ação dessa equipe, no que aborda sobre a proibição de aplicação de castigos físicos, morais ou psicológicos a internos de instituições que prestam esse tipo de acolhimento. O relatório aponta a presença de violência física contra internos pelos “profissionais” de algumas CTs, dentre elas a Crisameta, em casos de tentativa de fuga, com aplicação de socos no olho e do golpe “mata-leão” (CFP, 2018). Nessa CT, há relato de uso de medicação excessiva, violência física, confisco de aparelho celular e isolamento de internos em caso de “desobediência”.

No que concerne a questões trabalhistas, foram também identificadas condições precárias de trabalho. Observaram-se inconsistências com a RDC 29/2011, que estabelece a presença de corpo técnico em tempo integral, havendo CTs vistoriadas com total ausência de equipe técnica e apenas três com as categorias de psicologia, serviço social e enfermagem. Ainda no tópico de trabalho, em 15 das 28 CTs vistoriadas foram encontrados voluntários ocupando posições de profissionais de ensino superior, psicólogos dentre esses casos e sem formalização do vínculo de voluntariado.

A maioria das CTs vistoriadas relatou a presença de psicólogos: 22 das 28 relataram ter algum profissional da área na equipe técnica, seja contratado ou voluntário. Na CT Jovem Ebenezer, há indícios de atuação profissional da psicóloga da unidade unicamente voltada ao convencimento da adesão ao programa de tratamento. Ainda na Jovem Ebenezer, é apontado que a atuação da psicóloga do estabelecimento se dá sem um projeto terapêutico estabelecido, não sendo verificado nenhum atendimento individualizado e os grupais unicamente tratando sobre “dependência”, não informando critérios de composição de grupo ou técnicas psi empregadas (CFP, 2018). Nessa mesma CT, há relato da atuação da entidade basicamente voltada à conversão religiosa à fé protestante, em que todo o programa de tratamento se volta à adesão e à manutenção da fé dos internos no Evangelho, inclusive sendo utilizado como método de “correção” de comportamentos indesejados; a recusa leva ao afastamento do tratamento.

No que tange à laborterapia, que vai contra os princípios estabelecidos na Lei 10.216/2001, foi constatado que a CT Jovem Ebenezer constrói parceria com uma

universidade pública para ensinar atividades agrícolas, como manejo de trator, e se vincula a redes de supermercados que trocam alimentos por trabalho não remunerado. A ideia de desinstitucionalização é algo também totalmente ausente. Essa mesma CT, segundo o relatório, age pela manutenção de vínculo do programa da CT com os internos, mantendo-os como “coordenadores” (CFP, 2018). Outra coisa que chama atenção é a prática denominada de “Resgate”, que consiste na remoção/abdução/internação forçosa de um sujeito: alguém vai até a casa da pessoa, a imobiliza, a violenta, a contém física e quimicamente e a leva contra sua vontade à CT, e isto é apontado como um serviço “contratado à parte”. Essa prática foi relatada na Crisameta, em Seropédica (CFP, 2018).

O ponto que acreditamos ser importante trazer acerca desse relatório é justamente a relevância desse material enquanto produção de conhecimento que dá subsídio a todo um campo crítico para materializar as CTs como a atualização do manicômio moderno. Quase dez anos após a realização da inspeção, o documento segue sendo absolutamente atual e bibliografia-base para quem se aventura a estudar sobre Comunidades Terapêuticas no Brasil. Inclusive, o relatório aponta uma série de entraves éticos sobre o trabalho de psicólogas em instituições como essas, apontando dissonâncias com legislações federais, o Código de Ética Profissional, a CLT, apontando até mesmo para exercício ilegal da profissão. Ainda assim, desde a publicação do relatório, a temática de CTs não teve grande destaque de atuação ou formulação pelo Sistema Conselhos, havendo apenas publicações breves no site oficial do CFP contrárias às CTs.

Em 2025, o Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT) lançou o “Relatório de Inspeção Comunidades Terapêuticas do Rio de Janeiro”, inspeção feita em parceria com o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRP 05). Nesse relatório, quatro CTs foram inspecionadas: a Desafio Jovem Ebenezer (Paracambi), o Centro de Recuperação Efraim (Seropédica), a Fazenda Esperança Nossa Senhora de Lourdes (Guapimirim) e a Obra Social Nossa Senhora da Glória - Fazenda da Esperança (Teresópolis).

Já de início, o relatório aponta para características encontradas em todas as CTs, como vinculação com entidades religiosas cristãs, proposta terapêutica inteiramente voltada à abstinência, isolamento social, trabalho não remunerado, religiosidade e imposição de visões moralistas a partir de disciplina rígida (MEPCT, 2025). O relatório constatou a existência de atividades religiosas como parte da “rotina terapêutica” dos internos em vários momentos do dia, como atividade obrigatória, além da utilização quase integral da mão de obra dos internos para a manutenção da CT, evidenciando jornadas de trabalho que variam de cinco (05) a doze

(12) horas, totalmente não remuneradas (MEPCT, 2025). O último ponto vai contra a RDC 26/2011 da ANVISA, que determina a existência de equipe técnica em tempo integral para a manutenção das atividades das entidades.

Ainda no que concerne à existência de profissionais de psicologia, a Desafio Jovem Ebenezer de Paracambi é dirigida por um pastor que é psicólogo com registro ativo no CRP-RJ. A unidade também contava com um profissional de psicologia contratado em regime CLT. O relatório aponta uma série de infrações a direitos básicos e à dignidade humana, como a limitação de um único banho por dia, falta de água e materiais de higiene para realizar o autocuidado, roupas de cama e de vestimenta sendo lavadas à mão e sem a disposição de material adequado para realizar o asseio, bem como alimentação precária, insuficiente e produzida com materiais de baixa qualidade ou já em processo de decomposição. Há relatos de internos que perderam mais de dez quilos durante a internação (MEPCT, 2025).

Quanto ao Projeto Individual de Atendimento (PIA), documento de exigência da Lei 13.840/2019 e da RDC 29/2011, que deve ser elaborado por equipe multiprofissional contendo pontos como resultado de avaliação multiprofissional, formas de participação da família e atividades voltadas à reinserção, todos contavam apenas com dados básicos e a “possibilidade de permanência”. Além disso, o tempo de permanência padrão verificado é de 12 meses, contrariando a Portaria 308/2001, que estabelece o tempo máximo de 9 meses, e, em relação à alta terapêutica, ela é condicionada à avaliação do psicólogo da unidade, da responsável técnica (que é assistente social) e da coordenação geral (MEPCT, 2025).

Ao que fica evidente, este é o único momento em que o profissional de psicologia avalia o paciente, e não fica explícito em que se pauta essa avaliação, tampouco se fala sobre as técnicas empregadas pelo profissional de psicologia. O relatório traz a fala de um dos acolhidos, que aponta ter tido contato com a assistente social da unidade em algum momento para o preenchimento de uma ficha; contudo, nunca passou por qualquer avaliação profissional.

Acolhidos da unidade relataram que nessa CT não há um “tratamento” a rigor, não há atividades propriamente terapêuticas, nem propostas relacionadas ao enfrentamento do uso problemático de drogas, o que há são cultos devocionais e a isso se dá o nome de “tratamento” pela administração. Um acolhido que estava há um mês na unidade relatou ter tido seu primeiro contato com a assistente social dias antes da inspeção e que teria “apenas preenchido a ficha”, mas que não teria passado por uma avaliação profissional (MEPCT, 2025, p. 59)

No que concerne às condutas adotadas em relação à saúde geral e psicossocial dos internos, são relatadas a adoção de técnicas amadoras e pouco resolutivas, como, em caso de

crise de abstinência, tentar conversar com o interno ou “dar doces” a eles. A adoção única da abstinência como tratativa ao uso prejudicial de drogas, junto à falta do manejo clínico adequado, causa sofrimento agudo ao usuário, entendendo que crises de abstinência podem levar a quadros delirantes (*delirium tremens*¹⁰), tremores, ansiedade, sudorese, insônia ou sonolência, dores musculares, alterações cardiorrespiratórias, náusea, desidratação e, em casos não tratados, à morte (Dalgallarrondo, 2019; Senado federal, 2006; Governo de São Paulo, 2011).

Segundo os relatos dos internos dessa CT, para além do isolamento que são obrigados a enfrentar logo assim que chegam à CT, enquanto um período de “adaptação”, a fim de se enfrentar o quadro de abstinência, os internos têm de enfrentar esse processo sem assistência terapêutica e são isolados para não “causar confusão”, uma vez que a irritabilidade — sintoma da abstinência — poderia causar atrito entre os internos. Para além disso, foram relatados castigos físicos e punições previstas no programa da unidade, “sentinelas” que cuidam da disciplina e coíbem saídas desautorizadas, uma vez que a saída não é livre da unidade, bem como outras violações acarretadas disso, como perdas de benefícios governamentais e falta de documentação civil por não poder sair da unidade (MEPCT, 2025).

No Instituto Efraim, em Seropédica, foi relatada a existência de dois profissionais de psicologia, uma cumprindo carga horária de quatro horas semanais e outro cumprindo carga horária de dezesseis horas semanais, sendo um deles com contrato de prestação de serviços e o outro voluntário. E, quanto à remuneração desse profissional prestador de serviços, o contrato não define valores, apenas diz que será pago o valor integral de acordo com as entregas e produtividade avaliadas pelos gestores, não definindo quanto é esse valor total nem as entregas, tampouco critérios para avaliação de produtividade. Ao ser entrevistado, o profissional disse que, na verdade, cumpre 10 horas de trabalho semanal e, por elas, recebe um salário líquido de R\$ 1.069,00 (mil e sessenta e nove reais).

Ainda no que tange ao quadro funcional e sua organização, foi constatada a administração de medicação psicotrópica mesmo não havendo médico na equipe. O processo de desinstitucionalização nessa CT também é feito por avaliação da psicologia e do assistente social, ao final do tratamento; contudo, observaram-se internações de longa duração na unidade. Os profissionais de psicologia disseram realizar atendimentos individuais e coletivos; contudo, não fica claro o fluxo ou a frequência em que acontecem esses

¹⁰ Quadro delirante, alucinógeno, que se assemelha a sintomas psicóticos, mas que possuem base orgânica, seja por quadros infecciosos generalizados, como sepse, hipertermia e outras. Geralmente, quando o quadro orgânico cessa ou estabiliza, o *delirium tremens* desaparece (Dalgallarrondo, 2019).

atendimentos e, quanto aos registros dos atendimentos realizados, em geral, constam apenas encaminhamentos a serviços de saúde de base territorial (MEPCT, 2025). De forma geral, o cenário do Instituto Efraim não se difere muito da Desafio Jovem Ebenézer: condições precárias de estadia, alimentação precária, com baixo valor nutricional e feita com alimentos em estágio de decomposição. Observamos, no Instituto Efraim, profissionais de psicologia atuando como voluntários e outros com remuneração inferior a um salário mínimo. Em relação às duas unidades da Fazenda Esperança, a de Guapimirim e a de Teresópolis, nenhuma das duas possui psicólogos em sua equipe técnica e, no caso da de Guapimirim, nem sequer há equipe técnica de qualquer formação. Não nos ateremos a analisar esses casos.

Os relatórios apresentados, principalmente o imediatamente acima esmiuçado, trazem-nos pontos importantes que vale a pena gastarmos algum fôlego elaborando. A dispersão territorial dessas instituições chama atenção pelo fato de todas estarem localizadas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro ou em municípios não muito distantes da capital ou que possuem uma relação socioeconômica relevante com a capital. Retomando dados que trouxemos anteriormente, a Baixada Fluminense é a área mais adensada do estado do Rio de Janeiro, abrigando 4 dos 10 municípios mais populosos do estado, uma região de grande circulação de bens e serviços e com importante instalação do setor fabril. A região conta ainda com 30 CAPS distribuídos entre os municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Queimados, Itaguaí, Seropédica, Japeri, Nilópolis, Belford Roxo, Magé, Mesquita e São João de Meriti que, somados, atendem uma população de 27.358 pessoas (Passos *et al.*, 2026a).

Todos os relatórios apresentam entidades fiscalizadas exatamente nessa região, evidenciando uma importante concentração delas na região. Seropédica e Nova Iguaçu são municípios que tiveram CTs vistoriadas nos relatórios aqui citados, enquanto Guapimirim e Paracambi, que são municípios alocados na Região Metropolitana e reconhecidos como Baixada Fluminense nos critérios sociopolíticos e econômicos, são alocados nas regiões Serrana e Centro-Sul, respectivamente, pela regionalização em saúde.

Desses municípios, Nova Iguaçu e Paracambi possuem a rede mais completa, possuindo ambos 3 CAPS II cada um (CAPS II, CAPSi II e CAPS AD II); contudo, nenhum CAPS III, enquanto Guapimirim dispõe apenas de um CAPS I e Seropédica de dois CAPS II (Passos *et al.*, 2026a). Passos *et al.* (2024), no mapeamento de CTs na Baixada Fluminense, apresentam um dado de 105 instituições espalhadas pelos municípios da região, sendo 3 em Belford Roxo, 5 em Duque de Caxias, 12 em Guapimirim, 18 em Itaguaí, 3 em Japeri, 9 em Magé, 6 em Mesquita, 2 em Paracambi, 5 em Queimados, 4 em Nilópolis, 15 em Nova Iguaçu, 5 em São João de Meriti e 18 em Seropédica.

Esses dados nos permitem refletir sobre o discurso ventilado por essas instituições de que elas se instalam nos lugares onde não há cobertura da RAPS e dão conta do que a saúde não dá. Todos os municípios citados possuem cobertura de dispositivos de base territorial da RAPS; só o município de Caxias possui quatro CAPS, sendo um deles AD III; Magé também possui quatro CAPS, sendo um AD e um CAPS III; os municípios com menor cobertura desta listagem são Guapimirim e Japeri, que possuem apenas 1 CAPS cada, e os demais possuem, no mínimo, 2 serviços. Se pensarmos em dispositivos voltados à suspensão territorial, para casos em risco no território, a coisa muda de figura, uma vez que o número de Unidades de Acolhimento Adulto no estado é baixíssimo e nenhuma delas se encontra na Baixada (Passos *et al.*, 2026a). Apesar de não totalmente falacioso, o discurso do “vazio assistencial” é tendencioso: se de fato existem furos de cobertura na rede, e acreditamos que de fato há, esses furos fazem parte de um projeto político que permite e impulsiona a existência das CTs.

Araújo (2024) realizou o importante esforço de mapear as CTs localizadas no estado do Rio de Janeiro que receberam financiamento público a partir do edital de credenciamento estadual 01/2022 da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SEDSODH). No edital em questão, foram credenciadas 21 instituições, somando 555 vagas financiadas pelo estado do Rio de Janeiro. Nem todas as CTs credenciadas foram contempladas com vagas. Chama atenção a distribuição territorial das CTs credenciadas neste edital: todas elas estão dentro da Região Metropolitana¹¹ - no seu sentido geográfico-político-econômico — e, em sua maioria, na Baixada Fluminense, com destaque para os municípios do Rio de Janeiro (9) e Seropédica (4). Outros municípios da Baixada com CTs contempladas foram Nova Iguaçu, Japeri, Paracambi, Magé e Itaguaí. Inclusive, a CT Desafio Jovem Ebenézer, citada nesta pesquisa por ter sido alvo de fiscalização, recebeu financiamento deste edital (Araújo, 2024).

Em tempo, segundo levantamentos de Comunidades Terapêuticas financiadas com fundo público, localizadas pela Frente Parlamentar Mista para a Promoção da Saúde Mental, do Congresso Nacional, e pela Frente Parlamentar de Defesa da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial, da ALERJ, foi possível localizar um total de 24 instituições financiadas, espalhadas por todo o estado, com uma concentração importante no município e na Região Metropolitana. De todas elas, apenas em duas ocasiões não foi possível identificar o

¹¹ Região Metropolitana, pela definição do projeto de integração metropolitana do estado, compreende os municípios: Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nilópolis, Queimados, São João de Meriti, Japeri, Magé, Mesquita, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Itaguaí, Seropédica, Guapimirim, Paracambi, Niterói, São Gonçalo, Maricá, Tanguá, Rio Bonito, Itaboraí, Cachoeiras de Macacu e Petrópolis.

município. No mais, chama atenção o município do Rio de Janeiro, com a maior parte. Alguns municípios do levantamento citados anteriormente se repetem, como Nova Iguaçu, Seropédica, Magé e Paracambi. Contudo, outros municípios também estrearam, como Teresópolis, Petrópolis, São João de Meriti, Guapimirim, Vassouras e Paraíba do Sul.

Finalizada a análise dos relatórios, passemos às Referências Técnicas, tendo em vista que, ainda que sejam um material técnico, elas se propõem a realizar um debate sobre o tema que abordam. Daremos enfoque apenas naquilo que é tido como orientação direta de como atuar naquela temática.

Seguindo a ordem cronológica, a primeira Referência Técnica para a Atuação de Psicólogos (os), que nós, no âmbito da psicologia, chamamos popularmente de “CREPOPs”, é a de *Relações Raciais*, publicada em 2017. Nela, em seu tópico denominado “Estratégias e Possibilidades de Enfrentamento ao Racismo Institucional em Políticas Públicas e Privada”, um dos pontos versa sobre o enfrentamento à discriminação institucional, pautando-se na necessidade de uma postura do profissional psi de enfrentamento a esse tipo de discriminação, tendo o profissional de se orientar pela busca de igualdade e justiça, estando conectado à responsabilidade social das *instituições* onde atuamos, falando ainda da necessidade de eliminação de qualquer discriminação, seja direta ou indireta (CFP, 2017).

A seguir, temos duas publicações feitas no ano de 2019, o CREPOP sobre “Tentativas de Aniquilamento de Subjetividades LGBTIs” e o de “Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas”. Já pontuamos anteriormente sobre normativas do SCP que abordam as temáticas de gênero e sexualidades. Essa referência traz uma série de relatos de pessoas LGBTQ+ de atuação de psicólogos, inclusive em espaços muito semelhantes às CTs, promovendo violência e revitimização a essas pessoas, sob seus registros profissionais. Na seção denominada “Nas intervenções ‘psicológicas’ reproduziram seus preconceitos e moralismos”, a referência aponta as Resoluções 01/1999 e 01/2018, trazendo relatos de atuações profissionais que, além de antiéticas, vão totalmente contra essas resoluções, ao utilizar o poder *psi* que lhe é conferido para disseminar visões moralistas, preconceituosas e homotransfóbicas. A referência aponta para os entraves e implicações éticas, de responsabilização dos profissionais de psicologia, ao atuarem não em prol da dignidade, respeito, autonomia e garantia de direitos dos sujeitos a quem nosso trabalho é dirigido, mas em forma de revitimização, humilhação, “conversão” religiosa ou sexual, a chamada “cura gay”.

Quanto à referência de política de álcool e drogas, esta é uma versão revisada, parte do processo que o CREPOP inaugura a partir dessa referência de revisão de seus documentos

mais antigos. Um ponto interessante é que essa referência técnica dedica uma breve seção à temática de CTs, que se denomina “Comunidades Terapêuticas e Violações de Direitos Humanos”. Nessa seção, contextualiza-se sobre o que se tratam as CTs, recuperando os relatórios anteriores e apontando para a necessidade de romper com o isolamento e a institucionalização que “são próprios dos espaços de privação de liberdade e que constroem a dimensão ético-política do trabalho da psicóloga” (CFP, 2019, p. 44). Ainda, problematizam a inserção desses profissionais em CTs e as violações de direitos que nelas ocorrem, inclusive salientando a incompatibilidade dessa atuação com o Código de Ética Profissional, nos preceitos que versam sobre a proibição de indução a convicções políticas, filosóficas e morais, que abordaremos futuramente (CFP, 2019).

Encaminhando ao fim, temos a referência de atuação no Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, de 2024, a qual trabalha compreendendo os N tipos de violências às quais as mulheres são submetidas, desde violências de gênero cotidianas e violência doméstica até a transfobia. A orientação traz que o horizonte de atuação dos profissionais de psicologia com esse público deve ser voltado a trabalhar pela discriminação no ambiente familiar e comunitário, promovendo apoio social com fortalecimento de laços, da aceitação do cuidado, a fim de construir a noção de que a transfobia, bem como demais violências de gênero, afetam a saúde mental de mulheres (CFP, 2024).

E, por último, a referência sobre atuação junto à População em Situação de Rua orienta o trabalho a ser realizado de forma intersetorial, nas políticas do SUS e SUAS, como o Consultório na Rua (CNAR), CAPS, Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), Centro de Apoio à População de Rua (Centro Pop) e outros. A referência faz uma crítica às CTs, retomando as violações de direitos encontradas nos relatórios de fiscalização, uma vez que essa população é um dos alvos dessas entidades. Retomando que a atuação do profissional psi deve ser orientada para construir, junto do usuário, estratégias singulares de cuidado, podendo incluir a participação em atividades, estratégias de redução de danos, organização e retomada de projetos de educação e trabalho, uso de medicamentos e insumos, dentre outros (CFP, 2025).

Seguindo a cronologia das publicações do Sistema Conselhos, no ano de 2005, pela Resolução 010/2005, enquanto o CFP era presidido por Ana Mercês Bock — um dos principais nomes do PCSP —, é publicado o Código de Ética Profissional do Psicólogo, em substituição ao aprovado na década de 1980. Já em sua apresentação, o Código de Ética aponta para a defesa da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (DUDH) e para a

necessidade de adequação do Código, haja vista a promulgação da Constituição de 1988, que alterou o contexto institucional-legal do país (CFP, 2005).

Passando a seus princípios fundamentais, já em seu primeiro, é postulado que o trabalho do profissional de psicologia basear-se-á no respeito e **na promoção da liberdade e dignidade** do ser humano, pautado pela DUDH. Em seguida, complementa-se que o psicólogo trabalhará visando promover “saúde e **qualidade de vida** das pessoas [...] e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CFP, 2005, p. 07). Ainda na seção de princípios fundamentais, o Código fala sobre o zelo que o profissional deve ter para efetuação do exercício da psicologia com dignidade, devendo rejeitar situações em que a psicologia seja deturpada, desonrada ou desvalorizada.

Na seção “Das Responsabilidades do Psicólogo”, no art. 1º, dos deveres fundamentais, localizamos um ponto c) que fala sobre a prestação de serviços de qualidade em **condições dignas e apropriadas à natureza desse serviço**, condicionando essa atuação à utilização de princípios e técnicas baseados na ciência psicológica, na **ética** e na **legislação profissional** (CFP, 2005). Nos relatórios produzidos pelo Sistema Conselhos de Psicologia que fiscalizam CTs do estado do Rio de Janeiro, tanto o de 2011 como o de 2018, apontam-se irregularidades trabalhistas, sobre as quais discorreremos melhor mais à frente. No art. 2º, que versa sobre o que é vedado ao psicólogo, os tópicos a); b); c); e) e f) trazem pontos interessantes para nossa análise, sendo eles:

a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão; b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais; c) Utilizar ou favorecer o uso de conhecimento e a utilização de práticas psicológicas como instrumentos de castigo, tortura ou qualquer forma de violência; e) Ser conivente com erros, faltas éticas, violação de direitos, crimes ou contravenções penais praticados por psicólogos na prestação de serviços profissionais; f) Prestar serviços ou vincular o título de psicólogo a serviços de atendimento psicológico cujos procedimentos, técnicas e meios não estejam regulamentados ou reconhecidos pela profissão (CFP, 2005, p. 9-10).

Por último, destacamos o art. 3º, que determina que, para ingressar ou permanecer em uma instituição, o psicólogo deverá considerar a missão, filosofia e normas que organizam tal instituição e sua compatibilidade com os princípios do Código de Ética. Ainda, o parágrafo único, alocado entre os artigos 3º e 4º, que diz, expressamente, que, “existindo incompatibilidade, cabe ao psicólogo **recusar-se** a prestar serviços” (CFP, 2005, p. 11).

Uma vez que o Código de Ética, que rege a atuação do profissional de psicologia, indica que existe uma responsabilidade do profissional pelas práticas perpetuadas pela instituição/organização à qual ele se filia, indicando ainda que atitudes devem ser tomadas em caso de incompatibilidade ética, sendo tal atitude retirar-se desse espaço, acreditamos que, com todo o exposto sobre as práticas encontradas nas CTs relatadas acima, já seria suficiente para “bater o martelo” de que CT não é lugar de psicólogo, podendo ainda haver responsabilização ética àqueles que se mantêm atuantes nesse espaço. Contudo, não é isso que observamos.

Todas as resoluções e referências falam sobre a valorização da vida, a promoção de autonomia e o horizonte de atuação pela dignidade dos sujeitos-alvo de nossas práticas, e o que os relatórios apontam é um *modus operandi* que não só não segue isso, como opera em lógica diametralmente oposta. Ainda que os relatórios, a certo modo, consigam reconhecer todas essas discrepâncias e entraves éticos, as recomendações e indicações feitas em nada falam sobre responsabilização dos profissionais ou qualquer outro tipo de medida cabível ao Sistema Conselhos de Psicologia. O que faz parecer que o dever da autarquia é apenas fiscalizar, e não regulamentar, legislar e zelar pela boa prática da “ciência e profissão”. O que se evidencia pelo fato de o primeiro relatório indicando infrações a direitos humanos em CTs com presença de psicólogos datar de 2011 e, até o presente momento em que esta dissertação é escrita, não haver nenhuma nota técnica ou documento orientativo que regule (ou proíba) a atuação de profissionais nessas instituições, para além de notas políticas no site do CFP.

Isto posto, se há a compreensão de que as CTs são instituições de violência, e os relatórios e referências técnicas apontam para isso, se elas são a atualização do manicômio, se operam a Guerra às Drogas e são agentes de uma gama de violências interseccionais que vão contra, no mínimo, onze produções do Sistema Conselhos, ficam ainda dois grandes questionamentos: **É preciso que haja uma produção específica sobre a atuação de psicólogos em Comunidades Terapêuticas?** E, se a necessidade se confirma, **por que até agora não temos uma?** No próximo tópico, buscaremos dar contorno ao último questionamento.

3.2. Trabalho, Psicologia e a Disputa: A implicação das Comunidades Terapêuticas como espaço sócio-ocupacional

3.2.1 Concepção de Trabalho e a Reestruturação Produtiva

Esse tópico se dedica a pensar o trabalho dos profissionais de psicologia em interface com a ideia de disputa pelas CTs enquanto um espaço sócio-ocupacional para essa profissão, que ocorre em um movimento dialético, onde as CTs disputam um projeto de psicologia e há, do outro lado, uma certa disputa da psicologia por esses espaços. Contudo, é preciso, antes de chegarmos a esse momento, assentar algumas compreensões, por exemplo, a ideia de trabalho e qual é a concepção de trabalho dentro da psicologia que podemos entender hoje como mais difundida.

Para isso, retomamos, de início, a concepção de trabalho nas teorias marxianas. É a partir do trabalho que o homem interage com a natureza com fins a garantir a manutenção e reprodução da vida; podemos entender, então, que a sustentação da vida humana, da perpetuação do ser social homem, só se dá a partir do trabalho, da sua interação com o mundo natural e sua modificação, dele extraindo insumos básicos à vida e o transformando a fim de favorecer sua permanência nele. O trabalho é o fundamento ontológico do ser social, é o que nos diferencia dos demais animais, a capacidade de modificar a natureza, adaptarmo-nos e sobreviver a distintas condições, mesmo quando não favoráveis a nós. Partindo do princípio da dialética, o ato de modificar a natureza pelo trabalho também modifica o homem, e é a partir desse movimento que o homem passa a fazer parte da história propriamente dita, desde o dia em que nasce, daí a ideia de histórico e dialético (Messias *et al.*, 2023; Passos, 2016; Marx, 2011).

O trabalho assume essa característica a partir de um certo grau de desenvolvimento da reprodução orgânica. Primeiro, vislumbrou-se, imaginou-se a realização das coisas; existia algo previamente para o sujeito, uma *essência*. O trabalho existe primeiro na consciência; é o papel da consciência que faz com que o trabalho deixe de ser apenas uma reprodução biológica e se materialize enquanto representação daquilo que existia, quando a essência toma forma material (Lukács, 1978; Passos, 2016). Se compreendemos a História como um processo material contínuo, impulsionado pelas diversas contradições que atravessam o mundo, entendemos também que, com o tempo, novas necessidades surgem, novas aspirações e processos, movidos pela necessidade humana por satisfação. Quase como se, no movimento das *pulsões* liberadas pelo Eu se satisfazerem, novos processos se constituíssem, novas capacidades se formassem e novas modificações, tanto da natureza quanto do ser

social, se fizessem, e, nesse processo, a História se construísse (Nunes Junior, 2017; Passos, 2016).

Nas teorias marxianas sobre trabalho, fala-se sobre três atos históricos, abordando brevemente: o primeiro, a produção dos meios que possibilitam satisfazer as necessidades do ser social; o segundo fala sobre a satisfação das necessidades e, a partir disso, a criação de novas necessidades — logo, está intimamente relacionado ao primeiro —; e o terceiro fala sobre a renovação da vida cotidiana, o ato de criar novos seres, enquanto consequência do desenvolvimento histórico dos sujeitos (Marx; Engels, 2007; Passos, 2016). Aqui nos interessa o primeiro e o segundo, quando, no primeiro, se fala que, para constituir a História, primeiro é importante ter condições para tal, isto é, a produção dos meios de vida depende dos meios de vida já disponíveis para se reproduzir, e não só em uma dimensão física, mas em todos os aspectos que contemplam a reprodução da vida.

Esse processo tem importantes reverberações nas relações sociais; o comportamento e as relações sociais são fruto das condições materiais que possibilitam uma forma de existência determinada, isto é, a consciência é moldada pelas condições da realidade social vividas pelos seres humanos. Vygotsky traz uma ideia importante sobre essa concepção, ao compreender que o homem faz parte da História logo assim que nasce, justamente pela relação dialética de transformação do mundo e do homem. O autor postula como lei geral do desenvolvimento humano uma relação com o meio, sendo toda função psicológica superior proveniente da relação com o outro. Para o autor, a consciência “antes de existir de forma interna, primeiro ocorre de forma externa, a partir das relações sociais entre os indivíduos”; a consciência é constituída a partir das relações sociais, da relação com o outro, daí a ideia de que *somos fruto do meio*. (Marx; Engels, 2007; Messias *et al.*, 2023; Passos, 2016).

O capitalismo, enquanto sistema vivo e dialético, se altera e é alterado pelas relações sociais e de trabalho, tendo como princípio básico a valorização do valor, isto é, a submissão do trabalho vivo ao trabalho morto. Em seu processo de constante expansão, exige novas configurações do trabalho com fins a aumentar suas taxas de lucro. Polanyi (2000), em “*A grande transformação*”, fala, no capítulo “Moinho Satânico”, sobre as mudanças ocorridas na Europa feudal para a consolidação das economias de mercado, da transformação da terra, dinheiro e trabalho em mercadorias e o estabelecimento de mercados dessas três coisas que até então não eram tidas como mercadoria. A criação de um *mercado* de trabalho, isto é, a transformação do trabalho em mercadoria e o estabelecimento de um sistema, um mercado, que possibilite sua compra e venda simplificada, é uma das modificações que o capital exige nas configurações do trabalho.

Avançando alguns séculos, importa tratarmos sobre alterações contemporâneas na organização do trabalho. Desde o fim do século XIX ao início do XX, o capitalismo atravessava crises contundentes; como forma de buscar uma saída às chamadas crises cíclicas do capital, a resposta fascista foi a primeira escolha, que consistia no investimento pesado em indústria bélica e na promoção de guerras no velho continente. Após a II Guerra Mundial, a alternativa fascista é substituída pela alternativa keynesiana, de implantação de um Estado de Bem-Estar Social, o chamado regime de *Social Welfare State (SWS)*. A estratégia do *Welfare* foi de investimento na classe trabalhadora, com aumento de salários, concessões de direitos trabalhistas e dignidade humana como forma de estimular o consumo e, assim, aumentar as taxas de lucro. Contudo, ao chegar à década de 1970, novas crises surgem, que provocam novas reorganizações do capital.

Como resposta à Crise Estrutural do Capital¹², que se instala a partir da década de 1970, o movimento do real se dobra a uma reorganização produtiva em escala global, dos sistemas econômico e político, assumindo sua face mais voraz e plástica. A fase neoliberal do capitalismo surge, então, como resposta aos novos desafios de um capital rentista em crise, em que as opções de expansão clássicas já não são mais possíveis. O Consenso de Washington (1990) materializa, em um manual, os pilares do neoliberalismo: a profunda desconstrução do modelo keynesiano, com contrarreformas de Estado e austeridade fiscal nos setores das políticas sociais, intervenção e garantismo do mercado, retrocessos em direitos trabalhistas e a reestruturação da produção e do trabalho (Passos, 2016). O modelo neoliberal se expandiu rapidamente, desmontando os modelos de *Welfare* no centro do capitalismo e minando os precários esforços de consolidar modelos de seguridade social na periferia, com precarização estrutural, desemprego em massa e perda de postos de trabalho.

Compreender as mudanças no ordenamento político e na organização do mercado de trabalho a partir da década de 1970 é importante para além de ser um momento em que a Psicologia vai tomando força junto de movimentos de trabalhadores pela redemocratização do Estado brasileiro, sendo esse marco histórico também importante para o campo do PCSP. O que apontamos anteriormente, as crises capitalistas dos séculos XIX e XX e seus consequentes processos de expansão, o modelo fordista de produção, a ampliação das lutas das classes trabalhadoras, o *Welfare State (WS)*, a abertura da Crise Estrutural do Capital e a

¹² Dentro dos debates marxianos sobre crise, István Mészáros (2000) inaugura a ideia de Crise Estrutural do Capital, em substituição à ideia mais ortodoxa de crises cíclicas, ao apontar que, a partir da década de 1970, com as crises do petróleo, a deterioração dos regimes de Bem-Estar aponta para uma falta de capacidade do sistema do capital de se reinventar e superar a crise que se instala, sendo tudo o que vem adiante formas mais bárbaras e acirradas de exploração, dando início à fase ainda mais voraz do capitalismo, a neoliberal, bem como à sofisticação das tecnologias de dominação imperialista.

crítica ao *Welfare*, tudo isso não só ocorre concomitantemente aos processos políticos da Psicologia, como os influencia. A construção do neoliberalismo como essa face ainda mais feroz do capitalismo, de desmonte do WS e contrarreforma do Estado — ainda que não se possa falar em regime de Bem-Estar Social no Brasil — toma fôlego com protagonistas próprios no Brasil da redemocratização.

Ainda que se inicie na década de 1970, é somente a partir do final dos anos 1980, após a redemocratização, que a reestruturação produtiva (RP) começa a apresentar os primeiros sinais de um influxo neoliberal, e as empresas começam a aderir a novas formas de organização a partir dos avanços tecnológicos (Antunes, 2002; Passos, 2016). A partir da década de 1980, ainda no governo Sarney, a RP já se apresenta em forma de diminuição dos custos de produção a partir do menor número de funcionários empregados, junto da necessidade de aumento da produtividade. Os modelos produtivos em substituição ao fordismo começam a surgir no Brasil a partir de sua reabertura econômica para o capital internacional (Passos, 2016; Antunes, 2009). Ao virar da década de 1990, com Collor de Mello, primeiro presidente eleito pós-República Federativa, as portas para o neoliberalismo são definitivamente abertas, com as reformas neoliberais, inclusive boicotando e enterrando postulados da CF88 que garantem direitos, como, por exemplo, removendo parte do financiamento do SUS, com grandes privatizações, gerando um alto índice de desemprego (Passos, 2016).

O Consenso de Washington chega avassalador no Brasil. Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso seguem o projeto de aprofundamento do neoliberalismo na república brasileira, aprofundando as reformas neoliberais do Estado, realizando privatizações de grandes empresas nacionais, expandindo a política de saúde pautada no terceiro setor e imbuindo as políticas sociais de um viés mercantil. Os esforços de inviabilizar ou constranger políticas de cunho social através de um Estado social frágil, enfraquecendo políticas universais ainda em seu processo de consolidação, favoreceram a filantropia e individualizaram as diversas expressões da Questão Social, constituindo um cenário importante para as mudanças na profissão psicológica (Yamamoto, 2007; Costa; Mendes; Pinto, 2023).

3.2.2 A reorientação da Psicologia Brasileira e o Projeto do Compromisso Social

Todas essas alterações no sistema político-econômico no Brasil influenciam e são influenciadas pela Psicologia, em maior ou menor grau. A construção e o avanço do Projeto

de Compromisso Social da Psicologia acontecem concomitantemente à reorganização produtiva e às mudanças no ordenamento do capital nacional e da política institucional brasileira. De fato, o momento de questionamento da função social da Psicologia é movimentado pelos ares democráticos que sopram no Brasil e organizam os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, e a presença dos profissionais da área tanto na 8ª CNS quanto no MTSM foi importante para a consolidação de um movimento dentro da profissão que reorganizou suas práticas. Contudo, não foi apenas a formulação de uma consciência crítica e a “vontade” de estar alinhado às classes populares as únicas influências para a formulação do PCSP.

As mudanças na lógica do capital atingem de maneira importante a Psicologia: a alta no desemprego, a pauperização da população, a diminuição do poder de compra das classes médias, principal clientela do trabalho psi, e, claro, as discussões do meio acadêmico, que veremos a seguir, sustentam esse processo de mudança que leva os profissionais à política social (França; Amador, 2021). A redemocratização do país também marca a democratização do Sistema Conselhos de Psicologia, elaborando métodos autônomos e mais representativos de escolha de suas direções e distanciando politicamente a categoria do regime ditatorial (Bock *et al.*, 2022). O Projeto de Compromisso Social da Psicologia nasce com o objetivo de romper com as práticas elitistas da Psicologia do século XX, trazendo uma nova concepção de homem à prática psi. O investimento em um novo projeto para a ciência e profissão residia, então, em “trabalho coletivo, consciência crítica e atenção permanente e comprometida com as urgências e necessidades” (Bock *et al.*, 2007).

Inspirado na vida e obra de Silvia Lane, o PCSP toma a ideia de “conhecimento científico como práxis”, na ideia de que teoria e prática deveriam ser insolúveis e ambas estariam socialmente referenciadas, Lane promoveu uma importante mudança na área da psicologia social, ajudando a fundar o que conhecemos hoje como Psicologia Social Comunitária. O materialismo histórico-dialético foi base essencial para a realocação da psicologia social e para a fundação da psicologia social comunitária, bem como pela construção de uma frente Latino-Americana contra o imperialismo estadunidense no saber psi (Bock *et al.*, 2007). A partir do materialismo histórico, há uma nova concepção de homem para a psicologia social, um ser ontológico que faz a história a partir de sua interação com o mundo material e também é construído por ele, é dessa ideia que surgem novas pesquisas com novas metodologias, distintas no positivismo que imperava na ciência psicológica até então.

Ao formular novas metodologias de pesquisa, em que o pesquisador deixa a neutralidade de lado e passa a intervir sobre ela, Lane e companhia passam a debater o *compromisso social do pesquisador*, orientando-se pela dialética entre subjetividade-objetividade, buscando superar a psicologização do sujeito, de modo que, ao se falar de sujeito, se fale imediatamente e necessariamente da realidade social em que está inserido (Bock *et al.*, 2007). A proposição de uma Psicologia Sócio-Histórica, como fica conhecida a corrente que Lane funda, vem da compreensão da contradição primordial indivíduo-sociedade, em uma psicologia social que não se contentaria com o que constata, mas que se posiciona a partir disso, daí a necessidade de “um pensar ético, um compromisso ético que alia o conhecimento com a ação” (Bock *et al.*, 2007, p. 53). Lane abriu os caminhos com seu trabalho para que demais psicólogos, que seguiram construindo a Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) para a formulação de um projeto coletivizado de construção de uma outra psicologia, compromissada com a realidade brasileira e latino-americana. A partir de suas contribuições, nasceu o Projeto pelo Compromisso Social da Psicologia (Bock *et al.*, 2007).

Costa, Mendes e Pinho (2023) nos auxiliam a compreender outras nuances do PCSP enquanto campo e corrente política, levando em consideração suas potencialidades, mas também suas falhas. Desde já, esclarecemos que a intenção não é fazer uma profunda análise do PCSP, e sim trazer pontos constitutivos centrais que nos auxiliem em nosso trabalho. Inicialmente, importa dizer que denominamos aqui o PCSP enquanto um *campo* por não se tratar de um bloco monolítico, mas sim composto de diversidades de sujeitos, com implicações distintas, compreensões distintas e atuações em distintos lugares. Tal e qual na política institucional denominado de “campo democrático popular”, as forças que compõem as distintas correntes políticas do Partido dos Trabalhadores, o Partido Comunista do Brasil (PCdoB), o Partido Socialista do Brasil (PSB) e demais partidos de esquerda/centro-esquerda da base do governo Lula.

Então, para além de não ser um bloco monolítico, também não se constitui como um movimento hegemônico na Psicologia, isto é, ainda que tome grande projeção com expoentes de peso dentro da Psicologia Social, como Ana Mercês Bock, Suely Rolnik, Pedro Paulo Bicalho e a própria Silvia Lane, suas formulações não atingem toda a Psicologia brasileira. Ainda que seja possível refletirmos sobre uma — talvez — hegemonia dentro do Sistema Conselhos, isso não se plasma totalmente no corpo da categoria, ao menos não da forma como ele foi formulado *a priori*. A própria nomenclatura “compromisso social” abre margem para distintas interpretações, dada a polissemia da expressão, que vão desde a transformação

social orientada à emancipação humana até a manutenção da ordem capitalista, mas de forma humanizada. A construção de um lema abrangente permite essa construção polissêmica, que, no final das contas, aparenta ser uma defesa da democracia burguesa. Bock *et al.* (2022), inclusive, fazem a defesa da ideia de compromisso social enquanto formação de uma “profissão abrangente” em defesa da democracia.

Isto posto, importa dizer que esse movimento se volta à tentativa de produzir uma mudança, pautada por preceitos marxianos, em uma ciência burguesa ocidental, constituída na Europa no final do século XIX, profundamente influenciada por estudos biologicistas, que constrói seus métodos científicos inicialmente pautados nas ciências naturais. E, trazendo a realidade nacional, sendo a Psicologia uma ciência burguesa que se constrói em um capitalismo dependente e periférico de base colonial, ela se organiza para a manutenção do *status quo* de reprodução da sociedade de classes (Costa; Mendes; Pinho, 2023). Na busca pela mudança desse panorama, o PCSP se constrói pautado na noção de que atender às necessidades das maiorias sociais é o horizonte de atuação profissional. Então, a sua concepção de “compromisso social” passa a estar extremamente atrelada às políticas sociais que se organizam no Brasil a partir da CF88 (Costa; Mendes; Pinho, 2023).

Há uma noção de que a atenuação das mazelas sociais vai acontecer pelo trabalho do profissional de Psicologia e, para isso, seria preciso renovar nossas práticas descontextualizadas e individualizantes para que haja uma orientação de atuação voltada à transformação social (Bastos; Yamamoto; Rodrigues, 2013). Ainda que o elitismo da profissão deixe de se expressar no corpo que a exerce, devido ao aumento das possibilidades de cursar a cátedra pelo aumento dos cursos e pelas cotas, ele segue se apresentando na orientação de trabalho, uma vez que seguem se pautando no modelo hegemônico de Psicologia. Quando os psicólogos adentram as políticas sociais, não havia um modelo de atuação que orientasse aqueles profissionais. Dessa forma, o que se tem é a manutenção das práticas individualizantes de consultório de psicanálise do Leblon no SUS e no SUAS (Yamamoto; Oliveira, 2010).

Então, observamos que há uma mudança na Psicologia de forma superficial, em que há, sim, importantes e relevantes mudanças em aspectos secundários, mas há a manutenção do núcleo basal. O discurso do compromisso social se evidencia com o compromisso com a atualização das técnicas de manutenção da ordem da sociedade do capital (Yamamoto, 2000; Macedo; Dimenstein, 2013).

atender às maiorias populares, em especial as parcelas mais pauperizadas da classe trabalhadora, historicamente alijadas pela práxis da Psicologia, não é sinônimo de “compromisso social”, tal como o PCSP apregoa; tampouco a mera inserção nas

políticas sociais (ainda mais as de caráter focalizado) e a formulação de novos referenciais supostamente críticos e emancipadores (Costa; Mendes; Pinho, 2023, p. 4).

Já recuperamos nesta pesquisa o debate que Pereira (2011) faz sobre a política social, enquanto algo proveniente da disputa do Estado Ampliado, da contradição primordial da sociedade de classes em que a disputa por interesses e a necessidade de atender, ainda que minimamente, aos interesses das classes dominantes e dominadas resultam em uma ação do Estado dirigida à construção de hegemonia e consenso. Boechat (2022) fala das políticas sociais e seus limites estruturais, uma vez que são parte do Estado e, a partir disso, aponta para as limitadas potencialidades de atuação da psicologia voltada à emancipação construída por essas políticas. Partindo do entendimento de que justamente por serem parte do Estado, logo um aparelho de hegemonia, elas são tacitamente incapazes de promover a verdadeira emancipação humana, promovendo apenas - quando muito - emancipação política, o que, fique claro, tem grande relevância na construção de um horizonte revolucionário (Boechat, 2022).

Trazemos todos esses pontos a fim de fundamentar que, diferentemente do Serviço Social, com o movimento de reconceituação promovido na profissão por José Paulo Netto, Marilda Iamamoto, José Faleiros e demais, que estabeleceram um horizonte de atuação profissional orientado à superação da lógica capitalista, conseqüentemente, uma atuação que se orienta à superação e ao fim do Serviço Social enquanto disciplina. Na psicologia, temos um cenário de *readequação*, não passamos por revolução, fomos **reformados**, para atender às demandas do nosso tempo, **manejá-las** e tornar mais possível viver nas contradições do movimento do real e, a partir disso, nossas concepções de trabalho ou *práticas profissionais*, como se convencionou chamar, surgem, como a ideia de trabalho social. Para retomar os conceitos gramscianos que Coutinho (2005) traz, podemos falar de uma espécie de *revolução pelo alto*, onde a autarquia de classe - o Conselho Federal - sofre os principais efeitos dessa readequação, mas isso não se capilariza no corpo de trabalhadores, o que promove a manutenção, inclusive, da ideia de *categoria profissional* e não **classe** trabalhadora.

A concepção de trabalho social vem no interregno do movimento da psicologia de construir uma aproximação com movimentos sociais e adentrar as políticas sociais; o maior contato com os debates de direitos trabalhistas e uma proletarização do corpo que exerce a profissão. É dessa marca também que há a primeira minuta do Sistema Conselhos sobre atuação profissional em saúde. Daí em diante, observamos a entrada cada vez maior dos profissionais de psicologia no campo das políticas públicas, com o maior investimento nas

áreas sociais nos governos petistas, inclusive encomendando da psicologia acadêmica pesquisas sobre a atuação em políticas públicas (França; Amador, 2021). Assim, o trabalho social para a psicologia seria a atuação profissional voltada à garantia de direitos, atrelada à atuação nas políticas sociais, universais ou não, atendendo às demandas populares.

Em outra perspectiva de trabalho, mais específica, podemos elaborar sobre o trabalho coletivo em saúde, partindo do princípio de que o trabalho em saúde também é afetado pela reestruturação produtiva e pelo neoliberalismo, com uma série de desmontes que vão desde a gestão do cuidado em saúde até a gestão direta da política de saúde, como a intermediação de OSs, que fragilizam os preceitos nos quais se pauta o SUS. A ideia de trabalho coletivo se vale da interdisciplinaridade, isto é, do trabalho conjunto entre distintas profissões de saúde, em que, em iguais graus de importância e potencialidade, essas compartilham entre si seus conhecimentos específicos e buscam promover um cuidado integral aos sujeitos que atendem (Souza; Oliveira; Castro, 2011). Ainda que potentes, nenhum profissional sozinho, no uso de suas atribuições, técnicas e conhecimentos, é capaz de dar conta da totalidade que o trabalho na política social de saúde demanda: gestão da política, gestão do cuidado, financiamento, equidade, processos de trabalho, cuidado propriamente dito. O princípio de integralidade requer o deslocamento do especialismo individualizante.

No campo da atenção psicossocial em saúde, dentro da política social, temos autores como Lancetti e Merhy que vão defender a “*Clínica Peripatética*” e o uso de “*tecnologias leves de cuidado*”, que se valem da ideia de desconstrução do *setting*, rompendo com a necessidade de consultórios fechados, defendendo a construção do cuidado no/do/com o território. Optando ainda por uma prática que não se feche no uso de maquinários hospitalares, exames diagnósticos e afins, mas que se valha das distintas técnicas clínicas de escuta, do vínculo, da escuta atenta e delicada em prol da ampliação da autonomia dos sujeitos. Poder, então, pensar a *práxis* de um trabalho vivo em ato, valendo-se das tecnologias das relações, gerindo processos de trabalho, realizando atividades de acolhimento e gerando produtos, a vinculação afetiva, trazendo o usuário - a quem nós direcionamos nossas ações de cuidado - para o centro do processo elaborativo e decisório das referidas ações de cuidado (Merhy, 1997; Lancetti, 2016; Souza; Oliveira; Castro, 2011). Conceber as demandas do cuidado em saúde para além do processo reducionista de saúde-doença, normal e patológico, é levar em consideração que as demandas em saúde vão ser atravessadas por fatores biológicos, socioeconômicos, culturais e psicológicos. O cuidado na atenção psicossocial - orientação adotada na política de saúde mental no Brasil - vai justamente nesse sentido (Souza; Oliveira; Castro, 2011).

Para contribuir com o debate, Breilh (2008) vai falar sobre a coletividade dos processos de adoecimento, a partir da ideia de **determinações sociais de saúde (DSS)**. Partindo de um repertório marxiano, vai buscar superar o viés individualizante na concepção do processo saúde-doença e causalístico da ideia de “determinante social de saúde”, como fatores diretamente ligados ao processo de adoecimento do povo. A DSS parte da epidemiologia crítica latino-americana para pensar a saúde e o adoecimento atravessados por processos estruturais e estruturantes de organização da sociedade, acumulação, exploração, propriedade, regimes de opressão baseados em raça e gênero. Entendemos, então, a saúde como um objeto completo, multidimensional e dialeticamente determinado, produto da correlação de forças sociais (Breilh, 2008).

Em suma, vamos observar o movimento de readequação que o Compromisso Social da Psicologia promove na *ciência e profissão* como também um movimento dialético, em que a psicologia adentra as políticas sociais e as políticas sociais adentram a psicologia, isto é, as contradições passam a ser compartilhadas, sobretudo a contradição basilar que Pereira (2011) aponta como aquela que origina a Política Social, o conflito de classes. Recobrando Duriguetto e Demier (2017) na conceituação de *Democracia Blindada*, se observamos a constrição das políticas sociais, isto é, dos *aparatos de hegemonia e consenso*, em prol do inchaço dos *aparatos coercitivos do Estado*, podemos compreender, então, que o desmonte das políticas sociais afeta diretamente a Psicologia e o PCSP, empurrando os profissionais em outra direção. Se o movimento é de constranger (Lobato, 2016) a política social em prol de financiar os aparatos coercitivos, mais as Comunidades Terapêuticas se tornam espaços de atuação profissional; consequentemente, ciente de todas as contradições, uma *práxis* crítica às CTs vai passar, necessariamente, pela defesa das políticas sociais garantidoras de direitos.

Antes de passar ao próximo subtópico, que tratará mais diretamente sobre o trabalho de profissionais de psicologia em Comunidades Terapêuticas do estado do Rio de Janeiro, vale uma breve reflexão. Falamos sobre a virada da psicologia para o trabalho nas políticas sociais e os diversos fatores que levaram a categoria a isso; fato é que os componentes do Projeto do Compromisso Social têm esse momento como um grande marco para a Psicologia brasileira. Alas do PCSP assumem a liderança do Sistema Conselhos ainda na década de 1990, promovendo importantes mudanças e tendo responsabilidade central na sustentação da categoria nas políticas de seguridade social e demais políticas públicas. O próprio CREPOP é criação desse movimento; a ideia de trabalho social da psicologia deriva das elaborações desse movimento. Isto posto, o que sustenta a atuação de profissionais de psicologia nessas

instituições de violência? Por que o ambiente das Comunidades Terapêuticas passa a se tornar atrativo para esses profissionais?

3.3 *Aquilo que Resta: O legado da Testa de Ferro dos Manicômios de Deus para os Condenados da Terra*

Neste tópico traremos algumas reflexões, a partir de tudo o que foi colocado até o presente momento nesta pesquisa. Muitas foram as informações trazidas e janelas deixadas entreabertas, com apenas um feixe de luz do sol à vista, pois chegou o momento em que buscaremos escancarar as janelas e jogar luz sobre o porão do Navio Negroiro.

Importa, então, retomarmos algumas perspectivas que apontamos ao longo dessa pesquisa para compreender outras nuances do trabalho dos profissionais de psicologia, e até mesmo da política social onde atuam, com as Comunidades Terapêuticas. No relatório de pesquisa do *Censo Psicossocial dos Usuários de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro (ERJ)* (Passos *et al.*, 2026a), fica evidente que há uma relação estabelecida entre a RAPS do estado e as Comunidades Terapêuticas, tendo o levantamento da pesquisa mapeado 26 CAPS que relatam fazer rede com essas instituições. Ora, se cada resposta dessa equivaler a, ao menos, uma Comunidade Terapêutica, temos 26 CTs demandando e sendo demandadas por CAPS da rede do estado do Rio de Janeiro. Na época da realização da pesquisa em questão, a RAPS do ERJ dispunha de apenas 36 CAPS AD (entre tipo II e III); assim, o número de relatos sobre CTs mapeadas já atinge 72% do número total de dispositivos da rede voltados ao cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas (Passos *et al.*, 2026a).

Outro ponto: o Censo Psicossocial realizou oficinas de educação permanente com os profissionais da RAPS. Foram realizadas 17 oficinas de educação permanente nas 9 regiões de saúde, que abrangeram 177 CAPS de 87 municípios distintos, atingindo cerca de 490 profissionais entre gestores de serviços, técnicos de saúde mental e administrativos. Durante a realização das oficinas, na primeira etapa, foi feito um levantamento do perfil daqueles profissionais. Ainda que não seja um Censo dos profissionais, é uma amostragem interessante de ser analisada. A grande maioria dos profissionais participantes das oficinas eram psicólogas (181), sendo sua ampla maioria autodeclaradas brancas (61,9%) (Passos *et al.*, 2026b). Ainda, no levantamento do perfil dos usuários, via de regra, a resposta ao formulário do Censo ficou sob a responsabilidade de profissionais da gestão dos serviços. Quanto à formação dos profissionais que responderam ao formulário, 13,4% eram psicólogos, sendo a maior representação entre as categorias profissionais (Passos *et al.*, 2026a).

Se a categoria de psicólogos está massivamente presente na RAPS, não só como técnicos de saúde mental, mas também na gestão dos serviços da ponta, dos programas de saúde mental e no nível central de gestão da saúde mental, e há dados dessa mesma RAPS fazendo rede com CTs, é razoável traçar o paralelo de que se constrói uma relação entre a Psicologia e as Comunidades Terapêuticas. No relatório produzido pelo Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde (NAVeS) da UFMG, por encomenda do MDS, que avaliou as mais de 500 CTs financiadas no edital 08/2023, foram localizados mais de 5.200 profissionais, dos quais quase 1.600 são da categoria I, “ensino superior ligado ao cuidado”, e, desse quantitativo, 31,8% eram psicólogos, a maior categoria das identificadas no levantamento, com cerca de 545 profissionais. Vale apontar que outras duas categorias foram levantadas, a de “psicoterapeuta” e “psicanalista/psicoterapeuta”, as quais não foram contabilizadas conjuntamente à de psicólogos.

Ainda que proporcionalmente pouco mais de um profissional de psicologia por CT financiada avaliada nesse estudo, é um dado que chama atenção, principalmente quando o então Ministro Wellington Dias se utiliza desse dado para, no lançamento público do relatório, dizer que “a despeito dos posicionamentos dos conselhos de classe, os profissionais dessas áreas (psicologia e serviço social) têm ocupado **amplo** espaço de trabalho nelas” (Gouveia *et al.*, 2025). Evidentemente, é uma hipérbole descabida e maliciosa; ainda assim, é um dado consistente produzido por uma universidade pública que **constata, proporcionalmente ao número de profissionais de ensino superior formados em cátedras voltadas ao cuidado atuantes nessas instituições**, a presença “massiva” de psicólogos. Em comparação, a categoria seguinte mais representada é a de assistentes sociais, que corresponde a 10,4% (387 profissionais)¹³ dessa amostragem, menos de um terço em relação aos psicólogos (Garcia, 2024).

O relatório também fez uma distinção entre os profissionais contratados assalariados e os que trabalham como voluntários. Do número total de psicólogos levantados, cerca de 180 atuavam como voluntários, enquanto os demais aparecem como contratados. Os regimes de contratação encontrados, segundo informações do relatório, foram CLT e regimes de terceirização, além de MEI (microempreendedor individual) e RPA (registro de pagamento autônomo). Não fica claro, quanto aos psicólogos contratados, sob qual regime de contratação estão submetidos. Ainda assim, vale pontuar que, segundo a Lei Complementar nº 123/2006, que regulamenta o MEI no Brasil, a qual exclui de seu âmbito as profissões

¹³ Os dados absolutos relatados na pesquisa apresentam discrepância em relação aos dados percentuais; contudo, por se tratar de estudo publicado, seguimos com a informação fornecida no estudo.

regulamentadas por lei cujo exercício depende de inscrição em Conselho Profissional, a contratação de psicólogos por esse regime não é permitida.

Recapitulemos: nós, psicólogos, enquanto categoria profissional, somos os mais numerosos dentre os profissionais de ensino superior voltados ao “cuidado” presentes nas Comunidades Terapêuticas vinculadas ao MDS. Ainda, temos relevante expressividade na RAPS, enquanto profissionais da ponta do cuidado e enquanto gestores dos serviços, serviços esses que fazem rede com CTs (Garcia, 2024; Passos *et al.*, 2026a). Vamos a outros dados relevantes para construir nossa análise.

No Censo profissional realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2022), das mais de 20 mil psicólogas entrevistadas, cerca de 10,45% se encontravam fora do mercado de trabalho. A taxa de desocupação de psicólogas na região Sudeste (região com maior concentração de profissionais de psicologia) é de 6,1%.

Quanto à remuneração, a grande maioria recebe entre 3 e 6 salários mínimos, tendo uma média salarial de pouco mais de 7 mil reais. Quando analisada a renda exclusivamente proveniente de trabalhos com psicologia, esse valor cai para cerca de 5 mil reais. Segundo a pesquisa, cerca de 32,4% dos profissionais recebem até 3 salários mínimos (CFP, 2022). O relatório ainda evidencia que quase 70% dos entrevistados acumulam mais de 1 vínculo de trabalho para conseguir uma renda possível de se viver. Há ainda dados que apontam profissionais acumulando 6 ou mais vínculos de trabalho para somar uma renda que possibilite a reprodução de sua vida (CFP, 2022).

A partir disso, é preciso pensar dialeticamente para separar o joio do trigo, analisar criticamente aquilo que é da formação da Psicologia enquanto campo e aquilo que é da dinâmica do capital que atravessa a psicologia. Quanto ao primeiro, me apoiarei na ideia de Prudêncio (2025) de um “devir manicomial aprisionante”. Falamos sobre as práticas da psicologia durante a ditadura empresarial-militar e sua fundação enquanto ciência burguesa. Ainda que, na Reforma Psiquiátrica Brasileira, em boa parte tenhamos nos colocado em prol do fim do manicômio, como saber *psi*, existe algo que organiza a Psicologia que fala sobre um ordenamento social, uma disciplinarização, da contenção, da manutenção de instituições totais e de violência. A Psicologia, em grande parte, substitui a Psiquiatria, a partir do processo de Reforma, enquanto corpo profissional que exerce o biopoder; somos *herdeiros do alienismo*. Evidentemente, é uma categoria que não possui tanto prestígio social, status ou, classicamente, é bem remunerada; contudo, alcança uma percepção de condutora e detentora de saberes essenciais para o processo de alienação. Malgrado a proposição de uma reorganização profissional que se pauta na ideia de um “compromisso social” por uma

“profissão abrangente e democrática”, há a manutenção de um núcleo duro pela manutenção da ordem burguesa, da sociedade de classes, que opera o manicômio — ou *os manicômios* — enquanto instituições de violência e sequestro colonial.

Para além disso, o acirramento do neoliberalismo sobre as condições de vida e reprodução dela, fragilizando vínculos de trabalho, diminuindo o poder de compra e desfinanciando as políticas sociais, que são os setores que mais empregam profissionais de psicologia (CFP, 2022), é um fator a ser levado em consideração. Em um cenário em que existem cerca de 600 mil psicólogos no Brasil (CFP, 2022), com dezenas de milhares de novos profissionais se formando todos os anos, chega um momento em que o exército industrial de reserva se torna tão numeroso que as possibilidades de vender sua mão de obra se tornam extremamente escassas.

Outro fator essencial a ser levado em consideração são as regras para o cadastro de CTs nos editais de financiamento. Para estarem elegíveis a receber o financiamento, essas instituições precisam estar em conformidade com uma série de regulamentações, como as já pontuadas repetidamente aqui neste trabalho, a RDC 29/2011 da ANVISA e a Resolução 01/2015 do CONAD. Essas resoluções preveem que, para o funcionamento adequado de Comunidades Terapêuticas, essas entidades precisam dispor de “equipe técnica multiprofissional”. Apesar de não elencarem quem são esses profissionais, existem 14 profissões de saúde regulamentadas no Brasil, e as CTs englobam boa parte delas, a psicologia inclusa.

Em suma, temos uma profissão extremamente numerosa, com um passado recente (e, muitas vezes, atual) de aprisionamentos e trabalho voltado ao ajustamento de condutas desviantes, constituída no debate das *subjetividades*, herdeira do alienismo, com um debate crítico não tão enraizado na profissão. Em um cenário de intensa precarização do mercado de trabalho, com baixos salários, constrangimento e retração das políticas sociais, diminuição do poder de compra da população — o que dificulta o trabalho com a clínica particular —, em que há profissionais somando seis vínculos de trabalho distintos. E uma instituição que precisa de profissionais para formar uma equipe técnica de saúde para se legitimar e disputar o fundo público.

Essa receita de bolo entrelaça a Psicologia brasileira às Comunidades Terapêuticas. Ao passo que as últimas disputam a primeira e seu Projeto de Compromisso Social para se sustentarem no centro da política social de drogas e parasitam o fundo público para tocar seu projeto de violência, a primeira disputa as segundas como espaço possível para absorver o grande volume de exército industrial de reserva que se criou e se expande ano após ano.

Existe uma relação dialética de disputa mútua entre a Psicologia brasileira e as Comunidades Terapêuticas que se afina ao longo do tempo e cujas contradições adotadas pelo Projeto de Compromisso Social da Psicologia dificultam a garantia de um posicionamento claro e avesso à atuação profissional nesses lugares; eles se tornam espaços socio-ocupacionais para a profissão.

Ao final da década de 1990, quando Ana Mercês Bock, um dos grandes nomes do PCSP, se elege pela primeira vez como conselheira-presidente do Conselho Federal de Psicologia, há uma importante ascensão de um bloco implicado com a construção de uma práxis outra na Psicologia brasileira, que passa a ter vida longa na gestão da autarquia federal, estando presente até a gestão atual. Não sem ter que travar disputas, não sem ter atravessamentos e dissonâncias que levaram, por vezes, à tentativa de conciliar distintos projetos políticos. Nessas quase três décadas, mesmo com a importante atuação das distintas alas do PCSP, produzindo resoluções e normativas em prol de um exercício digno e dignificante da psicologia, tudo o que o Sistema Conselhos de Psicologia conseguiu fazer de mais efetivo contra um dos maiores inimigos da política social de saúde mental foi um relatório de inspeção que não gerou outros frutos.

Com isso, não estamos, de forma alguma, buscando invalidar todo o importante trabalho que o PCSP conduziu na profissão, tampouco diminuir as contribuições de seus interlocutores, isto, pois, as inflexões do PCSP e suas limitações quando à frente do Sistema Conselhos não são apenas e unicamente suas, mas são limitações originárias exatamente daquilo que constitui o PCSP: o movimento antimanicomial e reformista e a própria Psicologia. Abordamos anteriormente a falta dos debates de raça na construção do movimento antimanicomial e da RPB, inclusive apagando Fanon das contribuições basaglianas, bem como a falha desse mesmo movimento em abarcar os debates sobre o cuidado em álcool e drogas. Mais uma vez, importa evidenciar que o PCSP é atravessado e constituído pelas limitações de seu tempo. Há importantes lacunas na constituição do Movimento de Reforma Psiquiátrica e da conjuntura política nacional pós-redemocratização, sobretudo no debate sobre drogas, o que leva, inclusive, a um *gap* de quase duas décadas entre a política de drogas vigente durante a formulação da CF88 e a Lei nº 11.343/2006.

Ainda assim, é essencial olharmos para trás e, ainda mais importante que isso, olhar para aquilo que **não é espelho** e ver o que há de *feio* na prática de uma profissão que é sustentada dessa forma há décadas. Kilomba (2019) se vale da história da escravizada Anastácia e do uso da máscara de flandres que lhe foi imposto. A Máscara de Flandres era um instrumento de tortura colonial, colocado nos negros escravizados que eram pegos

roubando cultivos das lavouras, consistindo em um artefato de ferro preso em volta da cabeça, com uma peça de metal encaixada na boca, que impedia o ato de mastigar, bem como qualquer tipo de movimento com a língua. Kilomba usa a história de Anastácia e a figura da máscara para falar da “máscara de silenciamento”, da utilização da máscara colonial para silenciar a voz do *Outro* negro, para que o segredo colonial permanecesse em segredo. Outro “uso” da máscara era impedir que o negro escravizado usurpasse a propriedade privada — a produção agrícola — do senhor de engenho. Compreender o artefato máscara como silenciamento (Kilomba, 2019) e também como impeditivo de usurpação nos é interessante para refletir sobre a postura do Sistema Conselhos de Psicologia em relação às Comunidades Terapêuticas. Se, de um lado, o uso da máscara oprime, subjuga e desumaniza o negro escravizado, por outro, faz a manutenção do *status quo* e perpetua a lógica do colonizador.

Dessa forma, acreditamos que o “não dito” pela autarquia durante todos esses anos sobre a presença de seus profissionais em uma instituição manicomial que, nomeadamente, por ela inclusive, infringe inúmeros direitos humanos foi uma forma de operar pela manutenção não só de mais um espaço socio-ocupacional, mas de um espaço de manutenção do poder *psi*. Ora, com a Reforma Psiquiátrica — mesmo a trancos e muitos barrancos — acontecendo, hospitais psiquiátricos particulares e públicos fechando em prol da abertura de CAPS, que possuem uma outra proposta de atuação não *psicocentrada*, os espaços de manutenção do protagonismo e poder *psi* se limitam cada vez mais. Adentramos largamente a RAPS e tomamos para nós a política de saúde mental, da gestão da política à gestão do cuidado; contudo, o próprio ordenamento do CAPS é feito para que o trabalho multidisciplinar e horizontal floresça. Assim, a manutenção das herdeiras do manicômio moderno como uma válvula de escape na porta dos fundos realiza a manutenção do fetiche manicomial.

Por tudo o que já expusemos até agora, acreditamos que a composição da Psicologia enquanto equipe técnica, tão pronunciadamente representada em relação às demais profissões de saúde no espaço das CTs, não se dá à toa. É preciso analisar historicamente a formulação do que se convencionou chamar de “ciência e profissão” no Brasil e compreender que, até hoje, ainda amolamos facas. Podemos florear as facas, mudar os amoladores, até mesmo mudar o tipo de faca, mas seguimos sob o mesmo *modus operandi* de mantenedores da ordem burguesa através de nossos registros profissionais. Encaminhando para o final deste trabalho, importa ainda ventilar legados e consequências que as Comunidades Terapêuticas e a Política de Guerra às Drogas, aliadas à Psicologia, deixam ao Brasil.

No ano de 2026 completam-se 25 anos da Lei 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica, mas também se completam 20 anos da Lei 11.343, a Lei de Drogas de 2006. Devemos, sim, comemorar nossos feitos, alegrar-nos com os avanços conquistados e — não porém, e — devemos olhar para o longo caminho que ainda temos a percorrer. Como já apresentamos todo o cenário que envolve as leis de drogas, nos furtaremos a uma nova apresentação, seguindo diretamente para a análise que cabe aqui. A promulgação da Lei nº 11.343/2006 consolida o projeto de Guerra às Drogas no Estado Neoliberal brasileiro. Lembremos que a legislação de drogas anterior à de 2006 foi promulgada na ditadura empresarial-militar.

Podemos dizer, então, que a Lei 11.343 foi parte das Contrarreformas do Estado, parte do projeto neoliberal proibicionista de transformar as forças nacionais em polícias antidrogas e criminalizar as expansões territoriais que ocorreram “fora do controle do Estado” (Souza, 2024; Rodrigues, 2024). A Lei de Drogas de 2006 tornou-se, então, a declaração oficial do Estado brasileiro de Guerra às Drogas, não que tenham ocorrido incursões militares, chacinas ou extermínio da população negra antes de 2006; pelo contrário, a legislação apenas oficializa e, por isso, alarga um processo em curso desde o Brasil colonial. Ela generaliza os “crimes pela paz” no Brasil contemporâneo (Passos, 2023).

Passos (2023), ao escrever *Na Mira do Fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão*, fala sobre a violência colonial, trazendo autores do Sul Global e seus escritos sobre adoecimento psíquico, guerra e trauma colonial, como Martin-Baró e Fanon, apresentando o cenário brasileiro e nos deixando um questionamento essencial: “não estamos vivendo então um cenário permanente de guerra e destruição?” (Passos, 2023, p. 62). Em seguida, ela mesma responde categoricamente ao seu questionamento — de certo modo, retórico — afirmando que, no Brasil, o que se vive é um terror colonial que se estrutura não só no *modus operandi* estatal, mas em toda a sua organização política, econômica, social, ética, moral, estética e cultural (Passos, 2023, p. 63).

Retomemos alguns pontos anteriores para reconstruir nossa linha de raciocínio. O Brasil, enquanto um país ocidental e sob a área de influência estadunidense, organiza-se em um sistema capitalista periférico de caráter colonialista — sem entrar no mérito de ser dependente ou não. Na teoria marxiana, fala-se em “movimento do real” para se referir ao capitalismo, por entender que o capital, bem como a História e quem a faz, está em constante movimento dialético, construindo novas necessidades, novas formas de suprir essas necessidades e assim por diante. Se é uma necessidade do capital a submissão do trabalho vivo ao trabalho morto e se é uma necessidade do capitalismo neoliberal a máxima exploração e a manutenção de uma ordem colonial e racista que culminou, no Brasil, na

criminalização das drogas, tecnologias para sustentar e perpetuar a Guerra às Drogas serão desenvolvidas, pelo princípio básico do funcionamento do capital. Se, segundo Costa (2025), as CTs são amálgamas das quatro instituições basilares da formação social, sendo os manicômios, as prisões, as igrejas e as senzalas (Mendes; Costa, 2022), há, então, um lugar das Comunidades Terapêuticas no ordenamento capitalista da sociedade brasileira.

Recuperando as contribuições da Economia Política do Narcotráfico (Rodrigues, 2024) no que diz respeito à Repressão Seletiva enquanto parte do gerenciamento da Guerra às Drogas, a ideia de criar mecanismos de repressão, justificados pela Guerra às Drogas, vai tanto dar corpo ao trauma psicossocial e ao constante estado de guerra e destruição, vivenciado brutalmente nas periferias do estado do Rio de Janeiro, ao qual Passos (2023) chama atenção, como também vai se corporificar nas Comunidades Terapêuticas. Fanon (2022) nos vislumbra com a compreensão de que a violência colonial também é uma forma de desmobilizar uma revolução, de que é pelas N formas possíveis de violentar um povo que se desarma um grupo político com potencial revolucionário, de se inibir quaisquer formas de resistência, não só pela morte literal, mas pelo profundo adoecimento e desencantamento.

E acreditamos que a Guerra às Drogas no Brasil dá conta disso de forma um tanto quanto refinada ao se valer das Comunidades Terapêuticas. Pensemos a Guerra às Drogas como uma grande indústria autossuficiente: ela tudo produz, ela tudo vende, ela tudo combate e permite, ela machuca e vende o remédio com o discurso da cura. Se o discurso que justifica a operação na favela é o discurso moralizante da droga, a cura também vai se utilizar de um discurso semelhante. As CTs se fazem, então, como instituições de violência e sequestro dos que sofrem, perpetuando o sofrimento através da “neuroadaptação de longo prazo”, refinando a violência física em violência psíquica para a produção de um sofrimento incapacitante.

A ideia de “negro perigoso”, que Cáceres (2020) e Souza (2024) apontam ainda no Brasil colonial, atualiza-se e é tornada real pelo colonizador que lê a revolta e a recusa ao trauma psicossocial e se utiliza disso para justificar o sequestro. A violência, o sintoma da população negra adoecida pela vivência do negro na sociedade da branquitude, a patologia da atmosfera (Fanon, 2026), passa a ser a justificativa perfeita para o aprisionamento, seja do corpo, da mente ou do espírito. Assim, os manicômios de Deus entram para o hall de instituições que justificam as estratégias de controle de corpos e subjetividades, tocando o projeto neoliberal de acirramento das tensões e blindagem da democracia brasileira; resseca-se a política social, estrangulam-se os aparatos de consenso e encorpam-se os aparatos de coerção e controle (Passos, 2023; Duriguetto; Demier, 2017).

O terror e a truculência naturalizada em terras brasileiras compuseram-se pela justificativa dos saberes psiquiátricos eugênicos e criminológicos, afirmando que a população negra é ontologicamente desviante, perigosa e sem razão. Para isso estabeleceu-se a necessidade de criar **mecanismos teóricos, políticos e institucionais** que pudessem controlar, subjugar e mortificar (Passos, 2023, p. 55).

David *et al.* (2024) trazem a ideia de *manicolonialização* enquanto o processo colonial de produção da “anormalidade” psíquica no negro a partir do racismo que, a partir de sua vivência na sociedade da branquitude, é imputado a negar tudo aquilo que envolve sua negrura, a recusar aquilo de que, pelo próprio aparato racista da sociedade ocidental, não pode se desvencilhar: a cor de sua pele. E é a partir da manicomialização operada pela colonialidade, daí a *manicolonialização*, da loucura tornada institucional que, para justificar o sitramento e a perseguição, cria sujeitos e territórios raciais fadados a uma “anormalidade psíquica” para perpetuar a guerra aos negros, aos loucos e aos usuários de droga (David *et al.*, 2024).

E a presença de profissionais de psicologia nessas entidades, bem como diz o Código de Ética Profissional, responsabiliza não os profissionais que compõem o corpo técnico dessas entidades em si, mas todo o corpo da “ciência e profissão”. Enquanto sujeitos sob o número de registro de uma ciência burguesa e dirigidos por um projeto de manutenção do *status quo*, nos tornamos os porta-vozes da violência colonial e do projeto decadente de controle das subjetividades de um capitalismo neoliberal em crise. Abrindo uma pequena divergência, quando Passos (2023) pontua que serviços pautados pela psiquiatria destituem os demais saberes de importância e potência, acredito que a psicologia fuja pela tangente dessa máxima em muitos momentos.

A autora fala sobre o nascimento do alienismo no berço dos hospitais europeus, orientado à normatização do sujeito universal, e o mesmo se dá na Psicologia, que se constrói em laboratórios de uma faculdade de medicina na Europa central a partir dos atos de um médico que se obstinava a compreender o comportamento através de experimentos e a possibilidade de normalizá-los. No Brasil, as ciências Psi, no século XIX, estavam todas sob o mesmo teto; a psiquiatria, a psicanálise e a caçula, psicologia, andaram nas trincheiras do alienismo, do higienismo mental e da eugenia. O *devir manicomial*, que aborda Prudêncio (2025), é possível de ser entendido — para usar termos da psicologia deleuziana — como um **agenciamento coletivo de enunciação**, como um pensamento que não é fruto de um indivíduo isolado, mas sim de uma rede de forças, desejos, contextos históricos e instituições que justamente estruturam a psicologia (Rocha, 2007). Por último, e não por fim, acreditamos que, se há um legado da relação dialética entre Psicologia e Comunidades Terapêuticas para a

saúde mental da população negra, é o lugar de **testa de ferro**, de ser a “ciência e profissão” que, em *Nome de Deus*, sustenta os aprisionamentos terapêuticos e toca o projeto do trauma psicossocial colonial, porém com compromisso social.

Ainda assim, o capitalismo não pode dragar tudo. No ordenamento da sociedade de classes, a resistência é um dos princípios fundamentais, e, se somos uma “ciência e profissão” alinhada à burguesia, isso significa que somos uma ciência e profissão *de classe*; logo, a resistência é possível, mas não enquanto todos os olhares estiverem vidrados nos espelhos e todas as ideias que ventilarmos sejam para adiar o fim do mundo (Passos, 2021; Krenak, 2019). Alguns autores citados aqui apresentam algumas ideias potentes para pensarmos uma *reconceituação* da psicologia. As contribuições de Martin-Baró (1996), com a ideia de Que-Fazer do Psicólogo; as Ideias-Força de Desnortear, Aquilombar e o Antimanicolonial, de Emiliano David (2024); a proposta de encantamento da Reforma Psiquiátrica por uma Clínica da Delicadeza, de Rachel Passos (2024); Fanon e Basaglia; e até mesmo as contribuições de Filipe Boechat (2022) sobre o trabalho da psicologia junto às políticas sociais pela emancipação política da classe trabalhadora constituem caminhos possíveis e promissores.

Anterior a tudo isso, acredito que Krenak (2019) apresenta uma ideia que deve ser, por excelência, nosso ponto de partida. Em *Ideias para adiar o fim do mundo*, Ailton — como deve ser de fato nomeado, uma vez que *Krenak* é a etnia à qual pertence e não seu nome — critica as ideias ocidentais de manutenção da ordem social pela pretensa e falsa ideia de possibilidade de adiar o fim do mundo, trazendo contribuições dos povos Yanomami a partir da ideia de *A Queda do Céu* (Krenak, 2019, p. 13). De um povo que, perpetrado pelo enfrentamento às mazelas do capital extrativista e ao genocídio que sofre pelo direito à sua terra, ainda tem acesso a uma outra cosmovisão, em meio aos *fins de mundo*, que permite que tudo faça sentido. Krenak ainda, de forma um tanto sarcástica e precisa, questiona que mundo é esse cujo fim tanto queremos evitar e quem acreditamos que ruirá com o fim desse mundo, deixando claro que não serão os povos indígenas. Krenak aponta para a construção de um futuro ancestral que não busca adiar o fim do mundo, mas que entende que o mundo se findará e abraça o seu fim, porque o futuro é de outra ordem.

Martin-Baró (1996), a partir da experiência da Guerra Civil salvadorenha, traz o trauma psicossocial como sintoma e efeito do estado permanente de guerra e, diante disso, aponta para a postura a ser adotada se buscamos um *Que-Hacer* responsável com os dilemas de nosso tempo. Que-fazer esse que passa necessariamente por um reposicionamento no mundo, abandonando — efetivamente — a inércia de nossas teorias e lidando verdadeiramente com as demandas dos povos americanos. O autor cita ainda: “O caso das

vítimas da guerra é talvez o mais agudo e urgente, porém não é o único, nem sequer, talvez, o mais radical” (Martin-Baró, 1996, p. 23). Pontuamos para que fique claro que lidar com os efeitos do estado constante de guerra que vivemos é o início, mas que é um início. E, para isso, é essencial adotar a perspectiva das maiorias populares, não como um fora dentro, mas como parte da nossa práxis cotidiana, nos fazendo verdadeira barreira aos interesses das classes dominantes, sem perpetuar as lógicas de opressão (Martin-Baró, 1996).

As contribuições do autor naturalizado salvadorenho comungam das perspectivas de David *et al.* (2024) ao propor as ideias-força de Desnortear, Aquilombar e o devir *Antimanicolonial*, em que desnortear é a ruptura com a lógica colonial que fixa a raça e a loucura como regimes de visibilidade da violência sobre os corpos negros; o aquilombar, como uma práxis da RPB de construção de liberdade, acolhimento e produção de vida; e o antimanicolonial, como invocação ao devir quilombo.

Se o colonialismo promove a desagregação cultural, social e subjetiva do colonizado, a aglutinação repetitiva do quilombo, por sua vez, promove uma consciência de pertença, uma real ideologia comunitária, aceitação, singularização (David *et al.*, 2024. p. 7).

Em tempo, Passos (2025a) traz a ideia de encantamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira como movimento de oposição ao aniquilamento, a estratégia de sobrevivência à “zona de quase morte” (Solaterrar, 2024), compreendendo que o contrário da vida não é a morte, e sim o desencanto. Passos (2025a), com todo o movimento característico de suas produções, propõe a ginga criativa afropindorâmica como o vento que sopra a produção de afetos antimanicoloniais, tendo o encantamento como jogo de ataque e defesa e o aquilombamento como dimensão ético-política da práxis, sendo essa práxis a clínica da delicadeza. Com a licença da autora, nos debates dos partidos comunistas leninistas temos a ideia de estratégia e tática, sendo a estratégia a linha política fundamental e a tática, os artifícios do agora para atingir o horizonte pelo qual se luta. Acredito que a autora nos apresenta o encantamento enquanto a nossa estratégia, nosso horizonte de luta e construção, apontando a ginga afropindorâmica, o aquilombamento e, acima de tudo, a clínica da delicadeza como estratégias centrais para atingir o objetivo final: a produção da vida e do bem-viver (Passos, 2025).

E, com isso, Boechat (2022) nos aponta para as brechas que uma atuação pelas políticas sociais pode abrir, desde que a atuação por elas reconheça os seus limites. Uma vez que são aparatos do Estado, precisamos nos manter aguçados e atentos às armadilhas que a estratégia de conciliação de classes, enraizada no ciclo democrático popular, em um cenário de acirramento do neoliberalismo predatório e decadente, pode apresentar. É essencial que o

profissional atuante nelas tenha uma leitura histórico-crítica de seu legado profissional, da política em que está atuando e do cenário político da História do tempo presente, entendendo que há uma tarefa primordialmente relevante, que é a organização de nossa classe, e que isso pode ser feito no espaço das políticas sociais (Boechat, 2022).

Caminhando para o início, e não para o fim, Boechat (2022) ainda nos deixa uma inquietação, uma tarefa que aparece também em outros autores, sob outras formas: a construção de uma “antipsicologia da libertação”.

Negar histórico-concretamente a psicologia significa trabalharmos e lutarmos para que a psicologia se torne desnecessária. Significa trabalhar e lutar para que a humanidade seja capaz de tomar para si aquelas tarefas que têm sido, historicamente, reservadas às mulheres. Tais tarefas passaram a ser consideradas como atributos privativos da psicologia: a escuta, o cuidado, o acolhimento, a atenção, a proteção, a assistência. Mas que sociedade é essa em que precisamos de um profissional específico para a escuta, o cuidado, o acolhimento, a atenção, a proteção, a assistência? (Boechat, 2022, p. 36)

Sendo, então, uma negação histórico-concreta da psicologia enquanto “ciência e profissão” e, por conseguinte, de sua função enquanto mantenedora da ordem da burguesia. A necessidade colocada, então, é da superação da psicologia, da psicologização da questão social, a partir de um horizonte da práxis em que ela deixe de ser necessária e, em seu lugar, surja uma forma de responsabilidade comunitária. Responsabilidade comunitária essa que se relaciona intimamente com a ideia de produção de aquilombamento. Finalmente, Basaglia (1985) encerra sua obra *A instituição negada* dando uma deixa a Frantz Fanon, recobrando a trajetória do Bamba (Passos, 2025b) enquanto militante comunista revolucionário, anunciando que o caminho para o fim da instituição de violência é o rompimento com o ordenamento social que a mantém enquanto pilar de sustentação.

E, por isso, conclamamos aqui *A Queda do Céu* enquanto primeiro passo no caminho de trilhar um novo horizonte da psicologia, em que o compromisso social seja com os desafios do tempo presente, orientado verdadeiramente à emancipação humana, não como dispositivo de efetivação do projeto da burguesia nacional, mas como produtora de aquilombamento, guiada pela delicadeza, profundamente antimanicomial e, por consequência, anticapitalista e, se anticapitalista, comprometida com a sua obsolescência.

Talvez a opção mais radical com que se defronta a psicologia centro-americana hoje esteja na alternativa entre uma acomodação a um sistema social que pessoalmente nos tem beneficiado, ou uma confrontação crítica frente a esse sistema. Em termos mais positivos, a opção reside entre aceitar, ou não, acompanhar as maiorias pobres e oprimidas em sua luta por constituir-se como povo novo em uma terra nova. Não se trata de abandonar a psicologia; trata-se de colocar o saber psicológico a serviço da construção de uma sociedade em que o bem estar dos menos não se faça sobre o mal estar dos mais, em que a realização de alguns não requeira a negação dos outros, em que o interesse de poucos não exija a desumanização de todos. (Martin-Baró, 1996, p. 23)

Algumas Considerações - O Começo depois do Meio

A presente pesquisa buscou dar conta de algumas inquietações e questionamentos que nos foram provocados à reflexão, dada a conjuntura atual de grandes desafios na política de saúde mental, álcool e drogas e como a Psicologia tem (ou não) respondido e sendo convocada a responder por isso. Com o ímpeto de investigar a nossa capacidade de resposta aos desafios do tempo presente, buscamos analisar como a expansão do financiamento público das Comunidades Terapêuticas no Rio de Janeiro se articula à inserção do trabalho da Psicologia e às disputas em torno do projeto profissional da categoria. Tendo o estado do Rio de Janeiro como laboratório de um movimento que já se dá há décadas, foi possível, através de um resgate histórico-crítico dos processos de formação sócio-histórica e econômica desse território, chegar a importantes achados que nos auxiliam na construção do perfil da Comunidade Terapêutica brasileira e de seu modelo de atuação.

Com os debates de Estado, Raça e Capitalismo, foi possível alcançar uma relação muito anterior, que se estabelece ainda na gestação do capitalismo. A partir do critério de raça como um dos balizadores de sua organização e de seus processos de exploração e dominação, o capitalismo se constrói enquanto sistema político-econômico contundente, valendo-se da estrutura de um Estado com todos os seus aparatos de legitimação, que vão sustentar os movimentos de acumulação necessários para perpetuar a lógica primária do capital. E justamente na compreensão de que a raça, bem como outros marcadores sociais, como gênero e sexualidade, se torna complexificadores dos sistemas opressivos do capital, inaugurando novas formas de subjugação e serialização das classes subalternas, que nos apropriamos das distintas relações que se estabelecem entre capitalismo e as drogas, desde mercadoria

extremamente rentável a objeto de dominação de povos não caucasianos/do Sul Global. (Rodrigues, 2024; Souza, 2024; Carvalho, 2014; Carneiro, 2002; Marx, 2011)

Vale lembrar que é justamente a partir de um regime antinegro, tocado pelo Estado Imperial e, depois, republicano brasileiro, que se inauguram as primeiras políticas antidrogas em território nacional, sempre voltadas à discriminação dos negros, aparelhando regimes de visibilidade a essa população que operavam a perseguição desses corpos pela via criminal ou pela via alienista (Souza, 2024; Cáceres, 2020). Podemos observar a perpetuação da influência eugenista e higienista nas políticas de drogas no Brasil, que se tornam terreno fértil para a lógica proibicionista tornada cruzada global contra as drogas, inaugurando novas tecnologias de consolidação da agenda estadunidense nos territórios latino-americanos como forma de assegurar a zona de influência dos Estados Unidos na fase imperialista do capitalismo (Rodrigues, 2024; Lenin, 2021). Com as contribuições da Economia Política do Narcotráfico (EPN), acessamos um outro nível do debate da política de drogas, que nos possibilita adentrar um novo papel exercido pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil, a partir da concepção de Repressão Seletiva, enquanto agentes da Crise Orgânica do capitalismo brasileiro, expressão da Democracia Blindada e sintoma da Crise Estrutural do Capital (Rodrigues, 2024; Gramsci, 2025; Duriguetto; Demier, 2017; Mészáros, 2000).

A partir do caminho institucional percorrido por dentro da política de saúde mental, álcool e drogas no Brasil pelo campo das Comunidades Terapêuticas, é possível desvelar a conformação de uma conjuntura política que se torna favorável ao crescimento dessas instituições no país, desde sua chegada na década de 1960, e à vitória da CT-AD sobre as demais organizações que chegam ao país, sobretudo pela não secularização nacional e pelas falhas nos movimentos de reforma psiquiátrica e sanitária na condução da pauta AD (Cavalcante, 2019). Não foram poucas as investidas do campo das CTs sobre a política social de drogas, tampouco foi fraco o lobby organizado; essas instituições se aprimoraram ao longo dos anos, sofisticaram suas técnicas, ocuparam os territórios mais relevantes para a política territorial do estado, ganharam força nos conselhos municipais e regionais e conquistaram “padrinhos” importantes nos palácios e câmaras legislativas. Não sem esforço, a conquista de normativas como a RDC 29/2011 e a CONAD 01/2015, junto do Plano Crack, pavimentou o caminho dessas instituições ao centro da política social de drogas com a Lei 13.840/2019 e o estabelecimento de fluxos volumosos de financiamento público a essas instituições.

Todavia, o que lhes garantiu lugar de destaque também as delegou à tarefa de seguir buscando *fiéis*, de espalhar sua palavra e construir seu rebanho e, *em nome de Deus*, pregar pela salvação. E assim chegamos ao complexo, tortuoso e contraditório cenário de disputa

dialética pela Psicologia brasileira, uma ciência ainda um tanto jovem, com um histórico longo de aliança ao projeto da classe dominante, nascida do bojo da burguesia internacional, cuja atuação se construiu lado a lado ao alienismo psiquiátrico. O *affair* entre a Psicologia e as Comunidades Terapêuticas se dá, podemos dizer, até que de forma natural e esperada: se, com a Reforma Psiquiátrica, a cátedra que nomeia esse processo decai e é — devidamente — atacada pelos seus feitos, é a sua prima de 2º grau que passa a ocupar o seu posto de normalizadora dos comportamentos e subjetividades. Mesmo com o fim dos velhos manicômios, a inauguração dos dispositivos substitutivos e o movimento de recondução da profissão pelo clã do Projeto pelo Compromisso Social da Psicologia, o cerne alienista da “ciência e profissão” se manteve e, justamente por termos “jogado a água do banho fora protegendo o bebê”, que afirmamos que a relação entre Psicologia e CT é, no limite, previsível e comprovada pelos diversos relatórios trazidos nessa pesquisa.

A retomada das normativas da Psicologia brasileira construídas pelo Sistema Conselhos, com influência das distintas alas do PCSP, é importante para complexificar o debate e olhar através da fala do Ministro Wellington Dias, que, apesar dos posicionamentos contrários da autarquia profissional, a base da profissão segue ocupando espaço nessas entidades, desvelando as nuances que meandram esse discurso que, apesar de se materializar como verdade, é tendencioso. A Psicologia brasileira reúne, há décadas, diversas normativas, orientações e dados que caracterizam não só a atuação das CTs como incompatíveis com a orientação do trabalho ético da profissão, como elencam diversas práticas que implicam infrações éticas e indignificam o exercício profissional da psicóloga, práticas essas que o próprio Sistema Conselhos evidencia em seus relatórios de inspeção. Esse *hall* normativo nos mostra que a profissão vem, a duras penas, lutando contra as heranças coloniais e alienistas que perduram no cerne da Psicologia, o que nos traz aos grandes questionamentos: por que ainda existem profissionais atuando nessas instituições? Será que é preciso uma normativa específica que fale sobre a atuação profissional de psicólogas e psicólogos em Comunidades Terapêuticas?

Por fim, mas não menos importante, retomar outras epistemologias e cosmologias é necessário para sairmos dos escombros coloniais e, se Exu é caminho, o utilizamos para pensar uma práxis outra, uma Psicologia outra, verdadeiramente compromissada com a transformação social, uma “Antipsicologia da Libertação” que, no último limite, entenda que o horizonte final é o seu fim como “ciência e profissão”, pois seu legado será a emancipação humana. *A Queda do Céu* surge como presságio para esperar um novo mundo, uma nova

Psicologia, encantada, aquilombada, desnorteada, profundamente antirracista e anticapitalista, desvencilhando-se das ideias para adiar o fim do mundo e orientada pela delicadeza.

Em tempo, é preciso reconhecer as limitações da presente pesquisa. Por se tratar de uma dissertação fruto de um percurso de 48 meses, há inúmeras limitações, seja de tempo para conduzir uma pesquisa com um nível maior de aprofundamento, seja pela não existência de uma sólida carreira de pesquisador no Brasil, impedindo a dedicação 100% exclusiva à sua condução, seja pelos limites ético-políticos impostos ao próprio objeto de estudo. Ainda que robusta, existe uma literatura escassa sobre Comunidades Terapêuticas em uma perspectiva crítica e, quanto à interface com a Psicologia, não resguardamos a modéstia em dizer que este é um trabalho inaugural. Apostamos, então, na manutenção e no investimento dos esforços de investigação dessa relação íntima e conflituosa entre Comunidades Terapêuticas e a Psicologia brasileira.

Com toda a crítica de que não demos conta da totalidade das questões nessa dissertação, deixamos ainda uma pista para trabalhos futuros. Em evento online realizado pelo Programa Institucional sobre Política de Drogas, Direitos Humanos e Saúde Mental (PDHSM) da FIOCRUZ, de lançamento do curso de Política Internacional de Drogas, o especialista internacional e ex-embaixador da Organização dos Estados Americanos, Milton Romani Gerner, ao final de sua fala, trouxe: **“Os gringos trocaram a Guerra contra os Comunistas pela Guerra contra as Drogas”** (Gerner, 2025, 01:29:09). Dada a formação histórica da América Latina que trouxemos no capítulo II, bem como as recentes movimentações da extrema direita brasileira de promover, na construção narrativa dos países do Sul, a ideia de “NarcoEstados” e classificar grupamentos de crime organizado do Rio de Janeiro e São Paulo como narcoterroristas, acredito que desse interregno surjam novas respostas sobre as tecnologias de perpetuação do trauma psicossocial colonial brasileiro.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

ANDRADE, M.; COSTA-ROSA, A. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 7, n. 1, jan./jun. 2014, p. 27-41

ANTUNES, R. O trabalho, sua nova morfologia e a era da precarização estrutural. Theomai, Buenos Aires, n. 19, p. 47-57, 2009

ANTUNES, R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. Idéias, Campinas, v. 9, n. 1/2, p. 13-24, 2002

ARAÚJO, G. Os manicômios de Deus: o financiamento público de comunidades terapêuticas. 2024. 141 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Desenvolvimento Regional) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2024.

A VOZ DA SERRA. Estado anuncia investimento de R\$ 10 milhões em comunidades terapêuticas. 2026. Disponível em: avozdaserra.com.br. Acesso em: 10 jan. 2026

BARBOSA, R. Lei de Drogas: a distinção entre usuário e traficante, o impacto nas prisões e o debate no país. Nexo Journal, 2017. Disponível em: nexojournal.com.br. Acesso em: 22 nov. 2025

BASAGLIA, F. A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Marcelo Tápia. Rio de Janeiro: Graal, 1985

BASTOS, A. V. B.; YAMAMOTO, O. H.; RODRIGUES, A. C. A. Compromisso social e ético: desafios para a atuação em psicologia Organizacional e do Trabalho. In: BORGES, L. O.; MOURÃO, L. (org.). O trabalho e as organizações: atuações a partir da Psicologia. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 25-52.

BBC. O que muda com a lei sobre drogas que o Senado correu para aprovar?. G1, 2019. Disponível em: globo.com. Acesso em: 25 nov. 2025

BEHRING, Elaine Rossetti. Política social: notas sobre o presente e o futuro. *In*: BOSCHETTI, Ivanete *et al.* (org.). Política social: alternativas ao neoliberalismo. Brasília: UnB, 2004. p. 161-180

BIANCHI, Alvaro. Classe política e crise da democracia na crítica de Antonio Gramsci. *Tempo Social*, v. 31, n. 2, p. 7-29, 2019

BOCK, A; FERREIRA, M. R.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. Sílvia Lane e o projeto do “Compromisso Social da Psicologia”. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. esp. 2, p. 46-56, 2007

BOCK, A; FURTADO, O. A psicologia no Brasil e suas relações com o marxismo. *In*: JACÓ-VILELA, Ana Maria; ARRUDA, Arthur Leal Ferreira; PORTUGAL, Francisco Teixeira. *História da Psicologia: Rumos e percursos*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2019, pp.595-606

BOCK, A *et al.* O compromisso social da psicologia e a possibilidade de uma profissão abrangente. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, n. esp., e262989, p. 1-12, 2022. Disponível em: scielo.br/pt. Acesso em: 21 jun. 2026

BOECHAT, F. A psicologia entre a política social e o poder popular. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL. *Psicologia e Políticas Sociais: Conservadorismo em tempos de capital-barbárie*. Florianópolis: ABRAPSO Editora, 2022. p. 25-37

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 abr. 2001.

BRASIL. (Constituição (1988)). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988

BRASIL. *Diário Oficial da União*. Edição 19, Seção 3, 26 jan. 2024. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: abr. 2026

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 abr. 2001

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad (...). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 ago. 2006

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera a Lei nº 11.343, de 2006, para dispor sobre o registro, a fiscalização e a rastreabilidade de produtos à base de cannabis para fins medicinais (...). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jun. 2019

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). Relatório de inspeções em Comunidades Terapêuticas do estado do Rio de Janeiro. Brasília, DF: MNPCT, out. 2025. Disponível em: wordpress.com. Acesso em: 21 jun. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas (...). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 out. 2004

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 (...). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). MDS lançará novo edital para contratação de entidades que atuam no acolhimento de pessoas com dependência química. 2026. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 20 jan. 2026

BREILH, J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. *In: ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Saúde: documento para la discusión.* México, D.F.: ALAMES, 2008. p. 14-29. Disponível em: uasb.edu.ec. Acesso em: 21 jun. 2026

CÁCERES, L. O racismo como estruturante da criminologia brasileira. *In: MAGNO, P.; PASSOS, R. (org.). Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Franz Fanon.* Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Revista Outubro*, São Paulo, v. 6, p. 115-128, 2002. Disponível em: outubrorevista.com.br. Acesso em: 8 maio 2025 .

CARVALHO, *et al.* Drogas, ditadura e repressão no Brasil: o modelo bélico de política criminal de drogas. *Revista Foco*, Curitiba, 2023.

CARVALHO, J. A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras conferências internacionais do ópio. *Oficina do Historiador*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 153-176, jan./jun. 2014

CARVALHO, R.; ALENCAR, I.; SOUZA, K. Drogas, ditadura e repressão no Brasil: o modelo bélico de política criminal de drogas. *Revista Foco*, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 1-19, 2023

CARVALHO, R.; ALVES, B.; ALENCAR, I. O início da abertura democrática e a Lei de Drogas nº 6.368/76. *Revista Foco*, Curitiba, v. 16, n. 1, e635, p. 1-17, 2023.

CAVALCANTE, R. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. *In: VASCONCELOS, E.; CAVALCANTE, R. (org.). Religiões e o paradoxo apoio social e intolerância: implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas.* São Paulo: Hucitec, 2019

COIMBRA, C. Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 0, p. 48-52, 2004. Disponível em: uerj.br. Acesso em: 3 abr. 2026

CONECTAS. Após nove anos, STF descriminaliza porte de maconha para uso pessoal. 2024. Disponível em: conectas.org. Acesso em: 20 nov. 2025

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). Parceria interministerial lança edital com R\$ 87 milhões para comunidades terapêuticas. 2026. Disponível em: cnm.org.br. Acesso em: 20 jan. 2026

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho. Org. Antonio Virgílio Bittencourt Bastos. Brasília: CFP, 2022. v. 1. Disponível em: cfp.org.br. Acesso em: 21 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas. Brasília: CFP, 2017

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 1, de 22 de março de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília: CFP, 1999. Disponível em: atosoficiais.com.br. Acesso em: 21 jun. 2026

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 1, de 29 de janeiro de 2018. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: atosoficiais.com.br. Acesso em: 21 jun. 2026

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 7, de 31 de março de 2023. Estabelece normas para o exercício profissional em relação ao caráter laico da prática psicológica. Brasília: CFP, 2023. Disponível em: atosoficiais.com.br. Acesso em: 21 jun. 2026

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 8, de 23 de março de 2022. Estabelece normas de atuação para profissionais da psicologia em relação às bissexualidades e demais orientações não-monossexuais. Brasília: CFP, 2022. Disponível em: atosoficiais.com.br. Acesso em: 21 jun. 2026

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 10, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2005

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 16, de 30 de agosto de 2024. Estabelece normas de atuação para a categoria profissional em relação às pessoas intersexo. Brasília: CFP, 2024. Disponível em: atosoficiais.com.br. Acesso em: 21 jun. 2026

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Referências Técnicas para atuação de psicólogas em políticas públicas sobre álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília: CFP, 2019

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Referências Técnicas para atuação de psicólogas no atendimento à mulheres em situação de violência. 2. ed. São Paulo: GM Editorial; Brasília: CFP, 2024

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Referências Técnicas para atuação de psicóloga em políticas públicas para pessoas em situação de rua. 1. ed. São Paulo: GM Editorial; Brasília: CFP

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Tentativas de Aniquilamento de subjetividades LGBTIs. Brasília: CFP, 2019

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) *et al.* Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. 2. ed. Brasília: CFP, 2011. Disponível em: cfp.org.br. Acesso em: 21 jun. 2026

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) *et al.* Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília: CFP, 2018

COSTA, L. A utilização dos manicômios como instrumentos de repressão e mercantilização durante a Ditadura Militar brasileira. *Brasil de Fato*, Brasília, DF, 4 abr. 2024. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2024/04/04/artigo-a-utilizacao-dos-manicomios-como-instrumentos-de-repressao-e-mercantilizacao-durante-a-ditadura-militar-brasileira>. Acesso em: 16 jul. 2026.

COSTA, P. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO DISTRITO FEDERAL: “controle” social e saqueio do fundo público. *Revista de Políticas Públicas*, v. 27, n. 1, p. 341–360, 17 Dez 2023 Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/21849>. Acesso em: 10 jul 2025.

COSTA, P; MENDES, K. Psicologia, 60 anos, e a Crítica da Crítica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 42, n. spe, e262857, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/Td574T5WCMRTzMFxTQKLY7F/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2026.

COSTA, P. Franco Basaglia e a crítica das “comunidades terapêuticas” no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2025

COSTA, P.; MENDES, K.; PINTO, M. Psicologia e Compromisso Social: junção importante, problematização necessária e atual. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 34, e190117, p. 1-10, 2023. Disponível em: scielo.br/pt. Acesso em: 21 jun. 2026.

COSTA, R.; SILVA, A. A Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil em tempos ultraneoliberais. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, n. 54, v. 22, p. 54-67, jan./abr. 2024

COUTINHO, C. Cultura e sociedade no Brasil: ensaios sobre ideias e formas. Rio de Janeiro: DP&A, 2005

COUTINHO, C. De Rousseau a Gramsci: ensaios de teoria política. São Paulo: Boitempo, 2011.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019

DAVID, E. *et al.* Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e04432023, p. 1-10, 2024. Disponível em: scielo.br/pt. Acesso em: 21 jun. 2026

DEPENDÊNCIA de drogas. Senado Notícias, Brasília, DF, 19 jun. 2006. Especial Cidadania. Disponível em: senado.leg.br. Acesso em: 21 jun. 2026

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

DOMINGUES, P. Lei de drogas e racismo: a aplicabilidade da Lei 11.343/2006 como estratégia de controle social e manutenção da hierarquia racial. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA DO DIREITO*, 7., 2012, São Paulo. Anais... São Paulo: (s. n.), 2012

DURIGETTO, M.; DEMIER, F. Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. *Argumentum*, Vitória, v. 9, n. 2, p. 8-19, maio/ago. 2017

FAGNANI, E. O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015). Texto para Discussão, n. 308. Campinas: Unicamp, IE, jun. 2017. Disponível em: unicamp.br.

FANON, Frantz. Os condenados da terra. Tradução de Enid Abreu Dobránszky. Rio de Janeiro: Zahar, 2022

FANON, Frantz. Pele negra, máscaras brancas. Tradução de Sebastião Nascimento. São Paulo: Ubu Editora, 2026.

FIORE, M.; RUI, T. O fenômeno das comunidades terapêuticas no Brasil: experiências em zonas de indeterminação. *In: RUI, T.; FIORE, M. (ed.). Working paper series: comunidades terapêuticas no Brasil*. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021.

FRANÇA, E; AMADOR, F. Psicologia e trabalho social: Algumas configurações e problemáticas. *Psicologia Política*, v. 21, n. 50, p. 168-181, 2021. Disponível em: bvsaalud.org. Acesso em: 21 jun. 2026

FREUD, S. O Ego, o Id e outros trabalhos (1923-1925). Rio de Janeiro: Imago, 2027

G1. Agressões, tortura e até assassinato: os crimes por trás das comunidades terapêuticas da Grande SP. *Fantástico*, 2023. Disponível em: globo.com. Acesso em: 4 abr. 2026

GARCIA, A (coord.). Relatório final: pesquisa dos dados do monitoramento das entidades de apoio e acolhimento atuantes em álcool e drogas. Belo Horizonte: Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais; Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2024. Disponível em: ufmg.br. Acesso em: 21 jun. 2026

GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL. Histórico Legal das Políticas Sobre Drogas no Brasil e Rio Grande do Sul. Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, 2020. Disponível em: justica.rs.gov.br. Acesso em: 25 out. 2025

GRAMSCI, A. Cadernos do cárcere: Maquiavel: notas sobre o Estado e a política. Tradução de Luiz Sérgio Henriques, Marco Aurélio Nogueira e Carlos Nelson Coutinho. 13. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2025. v. 3.

GUEDES, A. Violência Manicomial: A Psiquiatria na repressão durante a ditadura civil-militar no Brasil. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019

GUENER, M. Lançamento do curso: "Política internacional de drogas". Rio de Janeiro: LAPS - Memória da Reforma Psiquiátrica, 2026. 1 vídeo (2 h 22 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=z9RyJvd2fY4>. Acesso em: 16 jul. 2026.

- HARVEY, D. A produção capitalista do espaço. São Paulo: Annablume, 2005.
- HOBBSBAWM, E. A era dos extremos: o breve século XX (1914-1991). Tradução de Marcos Santarrita. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995
- IANNI, O. A era do globalismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 jul. 2026.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Nota Técnica nº 21: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: IPEA, 2017.
- JONES, M. A Comunidade Terapêutica. Tradução de Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972
- KILOMBA, G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.
- KIMATI, M.; CRUZ, N.; AMARANTE, P. Medicalização da vida e modelo de cuidado em saúde mental. *In*: DIAS, Marcelo Kimati (org.). Medicalização e políticas públicas de saúde mental no país. Curitiba: Editora CRV, 2023. p. 15-44.
- KRENAK, A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2019
- L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012. Disponível em: uerj.br. Acesso em: 10 jul. 2025
- LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2006.
- LENIN, V. I. Imperialismo, estágio superior do capitalismo. Tradução de Paula Vaz de Almeida. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021
- LEON, G. A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012
- LEPLETIER, G.; CAREZZANO, L. Guerra às drogas e a derrota dos dados. Congresso em Foco, 2024. Disponível em: uol.com.br. Acesso em: 18 nov. 2025.
- LIMA, R. As comunidades terapêuticas religiosas e a política social de drogas. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 12., 2017, Vitória. Anais... Vitória: (s. n.), 2017
- LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. *Temas de Ciências Humanas*, São Paulo, n. 4, p. 1-18, 1978
- MACEDO, J; DIMENSTEIN, M. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a Reforma Psiquiátrica. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 12, n. 1-2, p. 419-456, mar./jun. 2012.
- MAGNO, P. Periculosidade, crime e loucura: funções do racismo no manicômio judiciário. *In*: MAGNO, P.; PASSOS, R. (org.). Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à

luz do pensamento de Franz Fanon. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. p. 172-193

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. Estudos de Psicologia, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MARX, K. O capital: crítica da economia política (p. 3). Livro 1. Tradução de Rubens Enderle (p. 3). São Paulo: Boitempo, 2011

MARX, K; ENGELS, F. A ideologia alemã. São Paulo: Boitempo, 2007.

MATHIAS, M. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura (p. 3). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2018 (p. 3). Disponível em: fiocruz.br. Acesso em: 02 ago. 2025.

MENICUCCI, T. A assistência à saúde no governo militar (1964-1985) e sua herança para o SUS: o híbrido público-privado (p. 3). Ciência e Saúde Coletiva, p. 1-10, 2024 (p. 3). Disponível em: scielo.br=<pt. Acesso em: 02 ago. 2025.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde (p. 10). 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002

MESSIAS, A. C. *et al.* O Materialismo Histórico-Dialético: contribuições para a formação da perspectiva histórico-cultural de Lev Vigotski. *Educação Especial: Itinerários Educativos*, São Mateus, n. 8, 2023

MÉSZÁROS, I. A Crise Estrutural do Capital (p. 6). Outubro Revista, 4. ed., 2000 (p. 6). Disponível em: outubrorevista.com.br. Acesso em: 02 abr. 2026..

MOURA, L; PAZ, M; SILVA, V. Por um projeto profissional emancipatório na psicologia brasileira: notas para um debate. In: PASSOS, Rachel Gouveia (org.). Saúde mental, atenção psicossocial e interseccionalidades: a experiência antirracista do censo psicossocial. São Paulo: Hucitec, 2025. p.

MOREL, M. Além do medo (p. 3). Impressões Rebeldes, Niterói, v. 6, n. 1, 2018-2022 (p. 3). Disponível em: uff.br. Acesso em: 03 jun. 2025.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. *Manifesto de Bauru*. Bauru, 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.

NAPOLEÃO, P.; CASTRO, G. Imposição da fé como política pública: comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro (p. 6). Rio de Janeiro: CESeC, 2022.

NOGUERA, R. Necropoder, Mundos de Morte e Mercado (p. 3). Thaum Revista Online de Filosofia, Santa Maria, 2021.

NUNES JUNIOR, R. O conceito de história em Karl Marx. Griot: Revista de Filosofia, v. 15, n. 1, p. 277-290, 2017. Disponível em: ufrb.edu.br. Acesso em: 7 jul. 2025.

O DIA. Governo investirá R\$ 10 milhões para abrir 550 novas vagas em comunidades terapêuticas do estado (p. 6). O Dia, Rio de Janeiro, 20 nov. 2021 (p. 6). Disponível em: ig.com.br. Acesso em: 20 jan. 2026

OLIVEIRA, E. Gastos da Política de Saúde Mental e os rumos da Reforma Psiquiátrica. 2017. 276 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017 (a)

OLIVEIRA, E. Análise do financiamento da Saúde Mental no Brasil após 2001. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 4.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 11., 2016, Vitória. Anais. Vitória: UFES, 2017. p. 1-15

OLIVEIRA, E. A centralidade do Plano Crack é Possível Vencer na política de saúde mental brasileira. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 5.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 12., 2017, Vitória. Anais. Vitória: UFES, 1-17

OLIVEIRA, Es. A Saúde Mental no Planejamento da Política de Saúde Brasileira. *SER Social*, Brasília, n. 49, p.473-493, jul./dez. 2021.

PASSOS, R. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? (p. 3) *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 25, n. 3, p. 74-88, 2019

PASSOS, R. Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão (p. 10). São Paulo: Hucitec, 2023 (p. 10). 141 p. (Coleção Diálogos da Diáspora, v. 22)

PASSOS, R. Narciso acha feio o que não é espelho (p. 10). *Boletim Eletrônico CRESS 12ª Região*, Florianópolis, n. 79, p. 1-2, maio 2021 (p. 10). Disponível em: cress-sc.org.br. Acesso em: 21 jun. 2026

PASSOS, R. Por um encantamento da Reforma Psiquiátrica brasileira: antirracismo, aquilombamento e a clínica da delicadeza (p. 12). *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, e03364299, p. 1-11, 2025 (p. 12). Dossiê (p. 12). Disponível em: scielo.br (=pt. Acesso em: 21 jun. 2026

PASSOS, R. Ecos da liberdade: um encontro entre Frantz Fanon e Franco Basaglia (p. 10). São Paulo: Hucitec, 2025 (p. 10). 124 p

PASSOS, R. (org.)a. Censo psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental do Estado Rio de Janeiro: relatório técnico da pesquisa (p. 11). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, 2026 (p. 11). v. 2 (p. 11). Disponível em: ufrj.br. Acesso em: 21 jun. 2026

PASSOS, R. (org.)b. Censo psicossocial dos usuários dos serviços de saúde mental do Estado Rio de Janeiro: relatório técnico da pesquisa (p. 11). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2026 (p. 11). v. 1 (p. 11). Disponível em: ufrj.br. Acesso em: 21 jun. 2026

PASSOS, R. Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino (p. 8). 2016. 256 f (p. 8). Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016 (p. 8). Disponível em: pucsp.br. Acesso em: 21 jun. 2026

PASSOS, R. *et al.* Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro (p. 3). *Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago. 2020.

PASSOS, R. *et al.* Comunidades Terapêuticas, drogas e a disputa do Fundo Público (pp. 3, 7). *Argumentum*, Vitória, v. 15, n. 3, p. 126-140, set./dez. 2023

PASSOS, R. *et al.* Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial . São Paulo: Hucitec, 2024 (p. 7). pp. 1-202

PASSOS, R. *et al.* Política de Drogas e Comunidades Terapêuticas no estado do Rio de Janeiro. *In: PASSOS, R. et al. (org.). Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial.* São Paulo: Hucitec, 2024. pp. 132-150 .

PASSOS, R.; ARAÚJO, G.; MOURA, L.; LOPES, M. Comunidades Terapêuticas, recursos públicos e autorização para tortura. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 2025 . Disponível em: diplomatique.org.br. Acesso em: 02 abr. 2026 .

PAULA, T.; KIMATI, M. Alianças necropolítica da contrarreforma no Brasil: a governamentalização da reforma psiquiátrica? *In: DIAS, Marcelo Kimati (org.) . Medicalização e políticas públicas de saúde mental no país* (p. 6). Curitiba: CRV, 2023 . pp. 45-70

PEREIRA, M. Franca Basaglia, feminismo e medicalização. *Mad in Brasil*, 2021 . Disponível em: madinbrasil.org. Acesso em: 05 ago. 2025.

PEREIRA, P. Política Social: temas & questões (pp. 3, 7). 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011 (pp. 3, 7).

PINHO, L. PLANAD 2025 | Do silenciamento à escuta: O Brasil que redesenha sua política de drogas (p. 7). *Cannabis Monitor Brasil*, 17 nov. 2025. Disponível em: cannabismonitor.com.br. Acesso em: 17 nov. 2025.

POLANYI, Karl. A grande transformação: as origens da nossa época. Tradução de Fanny Wrobel (p. 9). 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000. Disponível em: lburlamaqui.com.br. Acesso em: 21 jun. 2026.

PRUDENCIO, J. Aprisionamentos terapêuticos: políticas sobre drogas, comunidades terapêuticas e atenção em saúde mental. São Paulo: Hucitec, 2025.

PRUDÊNCIO, J.; PASSOS, R. Racismo, guerra às drogas e a PEC 45/2023: o avanço de estratégias de destruição (p. 7). *Revista de Políticas Sociais*, 2025. Acesso em: 18 nov. 2025.

PRUDÊNCIO, J. *et al.* As Comunidades Terapêuticas no Norte Fluminense: a desproteção social no campo da atenção psicossocial. *In: PASSOS, R. et al. (org.). Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a atenção psicossocial.* São Paulo: Hucitec, 2024. p. 166-182.

RABAZONI JUNIOR, R.; LAZARI, R.; LUCA, G. Lei de Drogas: 10 anos da Lei 11.343/2006. *REGRAD, Univem/Marília-SP*, v. 10, n. 1, p. 234-244, 2017.

REAL, E. “O que me tirou das comunidades terapêuticas foi o cuidado em liberdade” (p. 9). (Entrevista concedida a) Luiz Felipe Stevanim. *Radis Comunicação e Saúde*, Rio de Janeiro, 14 maio 2026. Disponível em: fiocruz.br. Acesso em: 21 jun. 2026.

RICHTER, A. Entenda a decisão do STF sobre descriminalização do porte de maconha. *Agência Brasil*, 2024. Disponível em: ebc.com.br. Acesso em: 18 nov. 2025.

ROCHA, D. Agenciamentos coletivos de enunciação em O homem que copiava. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 12, n. 2, p. 403-413, maio/ago. 2007. Disponível em: scielo.br<=pt. Acesso em: 21 jun. 2026.

RODRIGUES, L. B. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade (p. 7). 2006. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Acesso em: 19 nov. 2025.

RODRIGUES, T. Drogas e Capitalismo: uma crítica marxista. Rio de Janeiro: Autografia, 2024.

ROSA, L.; GUIMARÃES, T. O racismo na/da política proibicionista brasileira: redução de danos como antídoto antirracista. *Revista em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, p. 27-43, 1. sem. 2020.

SALVADOR, E. Fundo Público e Políticas Sociais no Brasil. *Serviço Social em Revista*, Londrina, 2012. Disponível em: uel.br. Acesso em: 2 abr. 2026.

SANTOS, M. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. *In: SANTOS, M. Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018.

SANTOS, W. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. 1 em cada 10 casos de abstinência de álcool é grave e pode levar à morte. São Paulo: SES-SP, 14 dez. 2011. Disponível em: saude.sp.gov.br. Acesso em: 21 jun. 2026.

SCHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. *In: BASAGLIA, Franco (org.). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 135-147.

SEVALHO, G. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, (S. l.), 2022.

SILVA, R; CARVALHAES, F. Psicologia e políticas públicas: impasses e reinvenções. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 247-256, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/q4gNDhBzVv7C3rRbwd376Wb/>. Acesso em: 16 jul. 2026.

SIMÃO, P. Do ópio à busca pelo protagonismo: os conflitos entre China e Inglaterra vão além do futebol. *Mídia Ninja*, 2023 (p. 4). Disponível em: midianinja.org. Acesso em: 04 jul. 2025.

SIMONINI, E.; ROMAGNOLI, R. Transversalidade e Esquizoanálise. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 915-929, dez. 2018.

SOLATERRAR, Ueslei. (Sobre)viver na zona de quase-morte: o (des)fazer do cuidado em saúde mental a pessoas negras no cotidiano pandêmico da Baixada Fluminense. 2024. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024

SOUZA, A. *et al.* O trabalho coletivo e as profissões de saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 83-99, 2011 (p. 12). Disponível em: unb.br. Acesso em: 21 jun. 2026.

SOUZA, T. Da raiz à radicalidade da Reforma Psiquiátrica: racismo, manicômios e guerra às drogas. In: GARCIA-JR.; CECCON (org.). Violência e Saúde Mental: Desafios Contemporâneos. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024 .

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF define 40 gramas de maconha como critério para diferenciar usuário de traficante. Brasília: STF, 2024. Disponível em: stf.jus.br. Acesso em: 19 nov. 2025.

TEIXEIRA, M. Pinel e o nascimento do alienismo. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, 2019.

VASCONCELOS, K. *et al.* (Re)visitando Gramsci: considerações sobre o Estado e o poder (p. 10). Revista Katálysis, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 82-90, 2013. Disponível em: redalyc.org. Acesso em: 21 jun. 2026.

WEBER, R. O Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas: Gastos Federais entre 2010 e 2019. In: FIORE, M.; RUI, T. (org.). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: Social Science Research Council, 2021.

YAMAMOTO, O. H. A crise e as alternativas da Psicologia. São Paulo: Edicon, 1987.

YAMAMOTO, O. H. A psicologia em movimento: entre o ‘gattopardismo’ e o neoliberalismo. Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, v. 12, n. 1-2, p. 221-233, 2000.

YAMAMOTO, O. H. Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. Psicologia & Sociedade, v. 19, n. 1, p. 30-37, 2007.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. Política Social e Psicologia: Uma trajetória de 25 anos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 26, n. esp., p. 9-24, 2010.