

Comunidades terapêuticas no Brasil: o novo (velho) paradigma manicomial

Therapeutic Communities in Brazil: a new face for an old asylum paradigm

Comunidades terapêuticas en Brasil: el nuevo (viejo) paradigma manicomial

 **Beatriz de Moares Teixeira**

UNIMEO/CTESOP.

E-mail: mbeamoraes@gmail.com

 **Lígia Nahiani Graciano**

UNIMEO/CTESOP.

E-mail: ligiaagraciano@gmail.com

 **Fabício Duim Rufato**

UNIMEO/CTESOP.

E-mail: fabricio-rufato@hotmail.com

RESUMO

A Lei 10.216/2001 regulamenta o cuidado em saúde mental no Brasil, promovendo o tratamento em liberdade e a superação do modelo manicomial por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto, as comunidades terapêuticas, integradas ao novo modelo, adotam práticas de reclusão para tratar transtornos mentais e uso de substâncias. Este estudo, com base em pesquisa bibliográfica, analisa o funcionamento dessas instituições e sua relação com a política antimanicomial. A partir de uma revisão histórica dos manicômios e da reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo, discute-se o papel atual das comunidades terapêuticas. Os achados indicam que, apesar dos avanços, essas comunidades muitas vezes reproduzem práticas manicomiais, com segregação social e violência institucional. Tais evidências revelam a fragilidade das políticas públicas de saúde mental e reforçam a importância da vigilância e do compromisso contínuo com os direitos humanos nesse campo.

Palavras-chave: Comunidades terapêuticas; Manicômios; Reforma psiquiátrica; Saúde mental.

ABSTRACT

Law 10.216/2001 regulates mental health care in Brazil, promoting treatment in freedom and the transition from the asylum-based model through the Psychosocial Care Network (RAPS). However, therapeutic communities, now part of this new model, often employ confinement to treat mental disorders and substance abuse. This study, based on bibliographic research, analyzes how these institutions operate and their relationship with anti-asylum policies. Beginning with a historical review of asylums and the psychiatric reform process in Brazil and globally, it discusses the current role of therapeutic communities. Findings indicate that, despite progress in mental health care, these communities often reproduce asylum-like practices, including social segregation and institutional violence. These practices reveal the fragility of public mental health policies in Brazil and highlight the ongoing need for vigilance and a steadfast commitment to ensuring that care is grounded in human rights.

Keywords: Therapeutic communities; Asylums; Psychiatric reform; Mental health.

RESUMEN

La Ley 10.216/2001 regula la atención en salud mental en Brasil, promoviendo el tratamiento en libertad y la superación del modelo manicomial a través de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Sin embargo, las comunidades terapéuticas, integradas al nuevo modelo, adoptan prácticas de reclusión para tratar los trastornos mentales y el consumo de sustancias. Este estudio, basado en una investigación bibliográfica, analiza el funcionamiento de estas instituciones y su relación con la política antimanicomial. A partir de una revisión histórica de los manicomios y de la reforma psiquiátrica en Brasil y en el mundo, se discute el papel actual de las comunidades terapéuticas. Los hallazgos indican que, a pesar de los avances, estas comunidades muchas veces reproducen prácticas manicomiales, con segregación social y violencia institucional. Tales evidencias revelan la fragilidad de las políticas públicas de salud mental y refuerzan la importancia de la vigilancia y del compromiso continuo con los derechos humanos en este campo.

Palabras clave: Comunidades terapéuticas; Manicomios; Reforma psiquiátrica; Salud mental.

Introdução

A compreensão da loucura ao longo da história reflete a interação entre a sociedade e o que é considerado desviante, evidenciando transformações tanto na percepção social quanto nas práticas terapêuticas voltadas ao tratamento de indivíduos com transtornos mentais. Michel Foucault (1961), em sua análise arqueológica, destaca que a concepção da loucura como uma manifestação integral e autêntica da condição humana está profundamente arraigada em uma visão trágica desse fenômeno. Segundo o autor, a cisão entre loucura e razão foi crucial para o desenvolvimento de uma verdade que, ao longo do tempo, marginalizou a loucura, confinando-a a um espaço de encarceramento e exclusão (Foucault, 1961).

A transformação na compreensão da loucura analisada por Machado (1978) assinala a transição para a modernidade, na qual a loucura é redefinida e abordada sob a perspectiva psiquiátrica. Com o progresso da medicina mental, a loucura, anteriormente percebida como uma condição trágica, é enquadrada em um modelo crítico, sendo tratada como transtorno mental, sujeita à medicalização e formas de intervenção terapêutica. Essa mudança histórica na percepção da loucura resultou na sua institucionalização em hospitais psiquiátricos e asilos, onde a prática psiquiátrica se estabelece como a abordagem predominante para o manejo do sofrimento psíquico (Amarante, 1998).

Ao longo do século XX no Brasil, diversos profissionais de distintas áreas denunciaram as práticas psiquiátricas hegemônicas, que resultaram na morte de milhares de pessoas confinadas em hospitais psiquiátricos. A indignação desses profissionais, influenciados por movimentos internacionais, como a desinstitucionalização da psiquiatria liderada por Franco Basaglia na Itália, sinaliza o início da luta por uma transformação nas práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Conforme destacado por Boarini (2020), essa manifestação, conhecida como Luta Antimanicomial, ganhou maior relevância a partir de 1987, durante o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), realizado no Estado de São Paulo, evento que se consolidou como um marco na defesa dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico no Brasil.

A Luta Antimanicomial sublinha a necessidade urgente de substituir o modelo estabelecido nos hospitais psiquiátricos, cuja principal característica é o isolamento. Assim, foi fundamental a implementação de um conjunto de iniciativas científicas, políticas, culturais, administrativas e jurídicas que promoviam a inclusão e a dignidade das pessoas em sofrimento psíquico. A principal proposta da Luta Antimanicomial foi a criação de um novo modelo de cuidado para esses indivíduos, no qual o direito à convivência social e à liberdade é fundamental (Boarini, 2020).

Apesar dos avanços proporcionados pela Luta Antimanicomial, as práticas asilares ressurgem no Brasil contemporâneo, especialmente nas políticas públicas sobre drogas, evidenciando a persistência de antigas concepções que associam a loucura ao perigo social. As comunidades terapêuticas foram incorporadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e passaram a receber financiamento público, um fato que revela a inconsistência nas políticas de saúde mental.

Segundo Passos et al. (2020), essas instituições perpetuam práticas que violam os direitos humanos, como a ausência de planos terapêuticos individualizados e a realização de internações involuntárias. Muitas dessas comunidades têm um caráter religioso e exigem a abstinência total, substituindo o método de redução de danos, que visa à promoção do cuidado contínuo em liberdade, mesmo quando o uso de drogas não foi completamente interrompido (Beg, Strathdee, & Kazatchkine, 2015). Além de não promoverem a reintegração social e familiar dos acolhidos, essas instituições acabam por reforçar um modelo de controle e segregação, distanciando-se dos princípios do cuidado em saúde mental, que se fundamentam na dignidade humana e na liberdade (Passos et al., 2020).

Diante do exposto, este trabalho pretende analisar o funcionamento das comunidades terapêuticas contemporâneas dentro de seus determinantes históricos, políticos, sociais e econômicos, buscando estabelecer uma relação entre essas instituições e os manicômios. Para tanto, visamos compreender o contexto histórico dos manicômios, tanto no cenário internacional quanto nacional, bem como o processo da reforma psiquiátrica associada à ascensão neoliberal no cenário brasileiro até a configuração das comunidades terapêuticas, que estão em ascensão no Brasil.

Metodologia

Para a construção deste estudo, foi utilizada a metodologia de pesquisa bibliográfica para a coleta de dados que, de acordo com Gil (2018), se baseia em materiais já publicados para embasar a produção textual, podendo ser jornais, livros, teses, dissertações, anais de eventos científicos, entre outros. A seleção das fontes foi realizada a partir de buscas nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO e Portal de Periódicos CAPES, considerando produções publicadas majoritariamente entre 2000 e 2024, em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Foram utilizados como descritores, de forma combinada: “comunidades terapêuticas”, “reforma psiquiátrica”, “manicômio”, “política de drogas” e “neoliberalismo”. Como critérios de inclusão, foram priorizados artigos científicos, livros, relatórios institucionais e documentos oficiais que abordassem criticamente o modelo das comunidades terapêuticas e sua relação com a política de saúde mental brasileira. Para além disso, foram utilizados autores clássicos do tema, como *Michel Foucault* e *Erving Goffman*, cujas contribuições permitem compreender os processos históricos de institucionalização, estigmatização e controle dos sujeitos considerados desviantes.

Foram adotados como critérios de exclusão: textos opinativos sem fundamentação empírica ou teórica consistente; produções duplicadas nas bases consultadas; materiais que utilizavam a expressão “comunidade terapêutica” em sentidos não relacionados ao campo da saúde mental e das políticas sobre álcool e outras drogas; bem como estudos que não dialogassem diretamente com o objeto desta pesquisa. O processo de triagem ocorreu em três etapas: leitura de títulos e resumos, leitura integral dos textos potencialmente relevantes e seleção final conforme adequação ao problema de pesquisa. As investigações jornalísticas foram utilizadas como material complementar e ilustrativo, sendo trianguladas com relatórios oficiais, dados institucionais e literatura científica, não constituindo evidência principal da análise.

A análise do material foi realizada por meio de uma leitura sistemática e da organização dos textos em eixos temáticos, articulando dados provenientes de documentos, relatórios e investigações jornalísticas com referenciais da psicologia social crítica, da saúde coletiva e da análise histórica das instituições.

Uma Breve Elaboração Sobre a História da Loucura

Historicamente, a loucura foi associada a uma ameaça à ordem social, justificando a segregação dos indivíduos classificados como loucos. Tal exclusão era fundamentada em concepções moralistas e higienistas. Nesses espaços de reclusão, a privação de liberdade era somada a outras formas de violência, como punições físicas, imposição religiosa, precariedade estrutural e agressões constantes, sendo locais onde os sujeitos muitas vezes permaneciam até o fim da vida (Foucault, 1961).

Goffman (2008) traz o conceito de estigma, definido como uma construção social pejorativa atribuída a um grupo: “a estigmatização como doente mental e a hospitalização involuntária são os meios pelos quais

respondemos a essas ofensas contra a adequação” (Goffman, 2008, p. 47). Sendo assim, aqueles que não se adequam socialmente perpetuam-se nessa visão de que devem ser afastados do convívio social.

Foucault (1961) revela que os modelos institucionais de reclusão tiveram início com o enclausuramento de indivíduos acometidos pela lepra, sob a alegação de tratamento, segregando-os da sociedade, uma vez que, de acordo com crenças religiosas, eram considerados impuros. Seguindo essa lógica histórica de repressão, o autor demonstra como a privação de liberdade passou a ser utilizada para enfrentar problemas sociais, processo no qual pessoas que ameaçavam a ordem social dominante eram reprimidas por meio dessas instituições.

A institucionalização dos indivíduos ocorria por meio de diferentes procedimentos, como encaminhamentos policiais, cartas régias, solicitações de cura pelas igrejas ou requerimentos familiares. Esses múltiplos critérios de internação resultaram em um ambiente heterogêneo de internos, composto por criminosos, desempregados, crianças órfãs, ateus, prostitutas, adictos, homossexuais, entre outros. O processo de internamento funcionava, então, como um mecanismo de exercício de poder (Silveira & Simanke, 2009).

Durante o Classicismo, um movimento cultural que integrou o Renascimento europeu, ocorreu, conforme Foucault (1961), uma nova percepção da loucura. Nesse contexto, conforme a ciência psiquiátrica da época, o isolamento desses indivíduos estava fundamentado na premissa de que poderiam ser tratados adequadamente, vinculando o debate sobre normalidade e anormalidade, em uma ciência que se propunha a criar verdades imutáveis. Dessa forma, foram estruturadas instituições exclusivas para a loucura, situadas em locais afastados, onde os sujeitos eram submetidos ao modelo terapêutico estabelecido (Amarante, 2007). “A loucura passa a ser objeto de dois olhares: um proveniente da moral e o outro do saber médico” (Krein, 2022, p. 3).

Segundo Amarante (2007), no contexto brasileiro, refletindo o cenário europeu, os pacientes eram majoritariamente compostos por indivíduos que não se conformavam à ordem social, incluindo homossexuais, negros, filhos que desafiavam os valores familiares, prostitutas, opositores políticos e pessoas em situação de rua. Considerando esse cenário, entre as décadas de 1930 e 1980, ocorreu o chamado *holocausto brasileiro* no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, inaugurado em 1903 como o primeiro hospital psiquiátrico público de Minas Gerais. “Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina para o lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. [...] a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental” (Arbex, 2013, p. 23).

Os funcionários não possuíam preparo adequado, e o ambiente era inóspito, evidenciando que os internamentos não tinham como objetivo a reintegração social ou a *cura*, mas sim livrar os familiares e a sociedade desses indivíduos considerados problemáticos (Almeida & Rhoden, 2020). Por conta disso, mais de 60 mil pacientes morreram em condições deploráveis, sendo expostos ao frio, sem roupas ou acomodações adequadas para dormir; com alimentação racionada e submetidos a tratamentos violentos, incluindo espancamentos, estupros e eletrochoques. Durante a ditadura militar, o Hospital de Barbacena se tornou uma máquina lucrativa de erradicação de pessoas consideradas loucas, com o número de internos aumentando de 14 mil no início desse período para 70 mil em 1970, recebendo diárias por cada internamento (Souza & Medrado, 2021).

Reforma Psiquiátrica, Neoliberalismo e Políticas de Atenção à Saúde Mental no Brasil

A partir das experiências de segregação e violência vivenciadas nos manicômios, emergiu no contexto brasileiro um movimento em prol da Reforma Psiquiátrica que já vinha sendo desenvolvido na Europa na década de 1960 e 70. Esse movimento resultou de um processo social que envolveu transformações na assistência a indivíduos com adoecimento psíquico, com base em uma abordagem subjetiva na discussão sobre a loucura. O objetivo principal foi promover a humanização, o respeito e a dignidade, dando origem à luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais. Assim, o movimento visou à desinstitucionalização dos pacientes e à oferta de novas modalidades de tratamento, com ênfase na dignidade dos indivíduos (Brasil, 2005).

Conforme Amarante (1998), é possível identificar três princípios fundamentais desse movimento: o primeiro visava a superar a tradição científica psiquiátrica vigente na época; o segundo buscava desconstruir a negatividade associada à loucura, resultante tanto do conhecimento médico quanto da institucionalização; e o terceiro tinha como objetivo conferir à loucura uma posição de respeito pelas diferenças. Nesse contexto, além

de constituir um ato científico, o movimento também representou uma ação política, ao propor um novo olhar para a loucura (Paiva & Yamamoto, 2003).

A Reforma Psiquiátrica promoveu a união de profissionais da saúde mental por meio do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), além de contar com a participação de familiares, sindicatos e indivíduos com histórico de institucionalização. O objetivo foi desenvolver uma crítica ao conhecimento psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico, no que se refere ao atendimento de indivíduos em sofrimento psíquico (Brasil, 2005).

Conforme Paiva e Yamamoto (2003), a política nacional de saúde mental do Brasil fundamentou-se em alinhamento com a reforma psiquiátrica, refletindo ideais de uma sociedade justa e igualitária, isenta de opressões e preconceitos, e visando a promover a inclusão social dos indivíduos marginalizados. Seguindo essa lógica, em 1986 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, possibilitando a transferência de um local de maus-tratos e mortes de pacientes para um atendimento em liberdade, com acolhida, diferenciando-se do modelo manicomial. Através dessa, surgiram outras experiências bem-sucedidas de atendimento psicossocial comunitário, inspirando ainda nos anos 80 a formulação da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei n.º 10.216, publicada em 2001.

A partir desse processo, foi instituída, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma rede multidisciplinar voltada ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e em situações relacionadas ao uso nocivo de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação entre os diferentes níveis de governo. Esse serviço é composto por instituições guiadas pelo princípio do cuidado em liberdade, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades de Acolhimento (UAs) (Desinstitute, 2021).

Em contrapartida, também durante a década de 1980, o Brasil passou a incorporar lógicas neoliberais, uma visão política e econômica que traz o Estado enquanto ineficaz, com graves déficits e que, por tal razão, deve-se adotar uma política de Estado mínimo, no qual este se ocupe apenas em garantir a ordem, a liberdade, o livre mercado e a proteção da propriedade privada, em busca da adaptação do Estado à lógica do capital (Borlini, 2010). Se a política social é um “processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo” (Behring & Boschetti, 2008, p. 36), pode-se concluir a existência de uma relação direta entre as políticas sociais e a economia, sendo as primeiras grandemente afetadas pela lógica de produção neoliberal.

Apesar de a década de 1990 ter sido marcada por avanços nas políticas de saúde, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição Federal de 1988 e fundamentado no princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado, esse período também foi atravessado pela consolidação do projeto neoliberal. Tal projeto, centrado na privatização e na reforma sanitária, produziu o sucateamento do setor e subordinou a saúde pública à lógica mercantil (Borlini, 2010). Nesse contexto, os chefes de Estado brasileiros, a partir dessa década, seguiram em busca da perpetuação da lógica neoliberal em todos os contextos. Durante o governo de Fernando Collor de Mello (1990–1992), houve redução de gastos em áreas sociais e boicote ao SUS. Itamar Franco, que governou entre 1992 e 1995, trouxe o primado da economia sobre a área social e foi durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995–2003) que ocorreu a explícita iniciativa de implementação da política neoliberal na saúde, com negligências no setor e crescimento de grupos contrários ao SUS (Bravo & Matos, 2002).

Recentemente, o neoliberalismo segue enquanto o sistema político e econômico vigente, representando a moral em detrimento do lucro, um modo de vida e de produção de subjetividades, incorporando a lógica do mercado em todos os âmbitos da vida. Nesse cenário, em 2016, a saúde mental no Brasil sofreu consideráveis desafios por conta da ascensão de políticas neoliberais. Após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passou a enfrentar cortes em investimentos e políticas que resultaram em retrocessos no sistema, refletindo dismantelamentos semelhantes aos observados nas políticas de saúde mental durante o período da ditadura militar (Oliveira, 2024).

Ainda durante o governo Michel Temer, foi implementada a Emenda Constitucional nº 95 (PEC 241/2016), em dezembro de 2016, instituindo um teto de gastos e um regime fiscal voltado à redução das despesas primárias. Essa medida congelou os investimentos públicos por 20 anos, impactando negativamente o financiamento da

saúde pública e, de forma particular, da saúde mental no Brasil. No governo de Jair Bolsonaro, eleito em 2019, essa política de austeridade fiscal foi aprofundada e consolidada, sob o argumento de que seria a única alternativa para a superação da crise econômica. Tal orientação comprometeu o funcionamento de setores públicos essenciais, como a saúde e a educação. Essa alternativa foi uma forma evidente de priorizar os interesses do mercado financeiro, em uma política de ideário neoliberal, levando à diminuição do Estado com redução de investimentos em áreas sociais (Oliveira, 2024).

Sob o governo de Jair Bolsonaro, ocorreu ainda a extinção das coordenações de Saúde Mental e de Atenção às Pessoas com Deficiência do Ministério da Saúde, uma nova estrutura que ignorou os serviços que faziam parte dessas coordenações. Em 2019, foi publicada a Nota Técnica n. 11, de 2020, esclarecendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, com defesa ao aumento de leitos em hospitais psiquiátricos e ao financiamento público de comunidades terapêuticas (Brasil, 2020).

O atual presidente eleito, Luís Inácio Lula da Silva (2023–2026), firmou compromisso em reconstruir e fortalecer o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (G1, 2022), além de afirmar o desejo em fechar as últimas instituições de reclusão ainda existentes, aumentando os investimentos da União nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Carta Capital, 2023), porém a proteção social tem seu alcance e existência definidos pela lógica do capital, sendo objetivo do capitalismo neoliberal a ruína das políticas de assistência social (Stang & Wiese, 2024), de acordo com Marques (2015), as políticas sociais estão em um “não lugar”, porque não participam da agenda desse tipo de capital, culminando em uma assistência social mínima e seletiva.

É nesse contexto que surge o discurso do fortalecimento dos vínculos familiares, no qual o Estado busca recursos comunitários e na família, agindo apenas quando a instância da proteção familiar é falha (Silva & Teixeira, 2020), abrindo brecha para instauração de instituições como as comunidades terapêuticas.

Comunidades Terapêuticas no Brasil Contemporâneo

Simultaneamente ao surgimento do movimento revolucionário da reforma psiquiátrica, emergem, na Grã-Bretanha, durante a década de 1940, as comunidades terapêuticas (CTs), com o objetivo inicial de tratar transtornos psiquiátricos crônicos. Posteriormente, essas comunidades se expandiram para o tratamento de dependências relacionadas ao álcool e outras substâncias. Conforme argumenta De Leon (2003), as CTs e sua metodologia foram significativamente influenciadas por uma organização religiosa de Nova Iorque, conhecida como *Grupo de Oxford*, a qual se fundamentava no cuidado mútuo, trabalho, honestidade e na busca pela reparação de erros cometidos.

No contexto brasileiro, o surgimento das comunidades terapêuticas pode ser relacionado à inexistência de políticas públicas em saúde até os anos 80 (Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015; Guedes, 2014; Alves, 2009), com desenvolvimento da primeira CT em 1968 por um casal de pastores, denominada Movimento Jovens Livres (CONED/SP, 2020). De acordo com Bastos e Alberti (2021), cinco das seis CTs pioneiras no Brasil utilizaram-se da religião como um dos focos centrais do seu processo de tratamento. Na contemporaneidade, as comunidades terapêuticas brasileiras voltam-se para o tratamento de sujeitos com uso e abuso de substâncias, caracterizando-se enquanto instituições que utilizam a segregação social como estratégia terapêutica, assumindo o controle sobre a vida dos sujeitos, em uma prática que remete aos antigos manicômios.

Importa reconhecer que o campo das comunidades terapêuticas não é homogêneo. Há variações significativas quanto ao regime de permanência (voluntário ou involuntário), orientação religiosa ou laica, presença ou ausência de equipe técnica multiprofissional, grau de integração à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fontes de financiamento público ou privado e nível de coercitividade institucional. Tais distinções são relevantes para evitar generalizações simplificadoras e reconhecer a diversidade formal existente no campo.

Ainda assim, este estudo não se propõe a avaliar experiências isoladas, mas a analisar tendências estruturais documentadas em inspeções oficiais, relatórios institucionais e no próprio desenho das políticas públicas de financiamento e regulamentação, especialmente naquilo que diz respeito à reconfiguração do cuidado em saúde mental e às tensões com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Embora, na maioria das vezes, as CTs adotem uma lógica contrária à do Sistema Único de Saúde, que prioriza a política de redução de danos, a partir de 2010, essas instituições foram integradas à rede de atenção, mesmo fundamentadas em abordagens proibicionistas e de abstinência (Fossi & Guareschi, 2015).

Desde sua promulgação, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001) tem como objetivo reestruturar a política de saúde mental no Brasil. Entre seus principais eixos estão o fechamento progressivo de leitos em hospitais psiquiátricos e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a oferta de cuidado em liberdade e fundamentado na interdisciplinaridade. No entanto, as comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil, segundo análise realizada em 2018 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), adotam um modelo de tratamento centrado na moral de que a ordem é alcançada por meio do trabalho. Esse modelo resulta na aplicação de punições físicas, privação de sono e contenção medicamentosa ou por amarrações para pacientes que não se adaptam à disciplina da instituição, práticas que violam os princípios estabelecidos pela referida lei, uma vez que configuram atos de tortura (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Nos primeiros anos do governo Bolsonaro (2019–2022), as CTs foram gradativamente assumindo o controle no cuidado em saúde mental. De acordo com uma matéria de Mariama Correia para a *Agência Pública* (2020), a quantidade de vagas nas comunidades financiadas pelo governo federal foi de 2,9 mil em 2018 para 11 mil em 2019. O financiamento ao todo foi de aproximadamente R\$ 150,5 milhões a 487 instituições, dos quais R\$ 100 milhões foram destinados a CTs religiosas. Além disso, o relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas (Conselho Federal de Psicologia, 2018) denuncia que, dentre as CTs financiadas pelo dinheiro público, estão instituições denunciadas por violação de direitos humanos, com desrespeito à liberdade religiosa, punições, LGBTfobia e falta de profissionais da Psicologia e Psiquiatria.

Segundo a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), no período entre 2011 e 2022, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não receberam aumentos nos recursos financeiros. Em contrapartida, conforme o Levantamento de Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas Brasileiras, houve um incremento significativo nos recursos públicos destinados às comunidades terapêuticas entre 2017 e 2020, totalizando, com a soma dos investimentos federais, estaduais e municipais, R\$ 560 milhões em 2020 (CEBRAP, 2021). Esse investimento tende a crescer, visto que o Estado considera as CTs o principal eixo de cuidado para questões relacionadas ao álcool e outras drogas.

Esse financiamento é considerado irresponsável, uma vez que não há garantias claras sobre a qualidade do serviço contratado, seus custos reais ou, principalmente, sua efetividade e impactos gerados (CEBRAP, 2021). O governo atual de Luís Inácio Lula da Silva (2023–2026) aprovou a Portaria MDS n.º 962/2024, que estabelece critérios para a certificação de entidades que atuam no tratamento de álcool e outras drogas (Brasil, 2024). Ademais, em 28 de fevereiro de 2024, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal aprovou o Projeto de Lei n.º 3.945/2023, que visa a instituir o dia 18 de agosto como o Dia Nacional das Comunidades Terapêuticas. Embora o fim dos investimentos federais em comunidades terapêuticas tenha sido publicado no Diário Oficial da União em abril de 2024 (Brasil, 2024), tal medida só foi implementada após significativa pressão popular.

Segundo o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2018, as CTs têm como eixo central do tratamento o isolamento ou restrição do convívio social, evidenciando que estas estão na contramão da Lei n.º 10.216/2001, que prevê o tratamento através da inserção na família, no trabalho e na comunidade. O relatório aponta infrações ao art. 5º da Constituição Federal, relativas à violação da vida privada e da intimidade. Em comunidades terapêuticas como o Recanto da Paz (SP) e a Terra Santa (MG), foram relatadas práticas como restrição da privacidade em comunicações telefônicas, coação de familiares e leitura prévia de correspondências por funcionários (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Considerando as formas de internação, o relatório traz que, no que diz respeito às internações involuntárias (solicitadas por terceiros, mas com necessidade de laudo médico e informação ao ministério público), somente 2 das 28 comunidades inspecionadas tinham o documento médico solicitando a internação, e mesmo estas duas tinham problemas com ausência de informações. Dentro das CTs ocorre a prática do resgate, que consiste no deslocamento de uma equipe da comunidade até a residência do indivíduo, imobilizando-o através de violência física ou uso de medicamentos sem prescrição médica. Tal ato descumpra a exigência legal de laudo médico e

pode configurar sequestro e cárcere privado qualificado, conforme o art. 148 do Código Penal (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Durante a inspeção, foram sinalizados castigos e punições, como, por exemplo, internos obrigados a copiar inúmeras vezes o *Salmo 119 da Bíblia*, isolamento ou confinamento na própria CT como forma de castigo, violência física principalmente em tentativas de fuga, além de desrespeito à liberdade religiosa e repressão à diversidade sexual (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Uma reportagem de Yasmim Valois, publicada pelo *Metrópoles* (2023), denunciou condições sub-humanas em uma comunidade terapêutica localizada em Luziânia (GO). Segundo a matéria, os pacientes dormiam no chão em meio à sujeira, permaneciam amarrados pelas mãos e pernas, enfrentavam privação de alimentos, não mantinham contato com familiares e eram medicados sem prescrição médica, além de sofrerem sessões de tortura que já resultaram em morte.

Um ex-interno com 14 passagens por comunidades terapêuticas relatou a uma reportagem do *O Globo* (2023) que foi internado em uma comunidade terapêutica em Cotia (SP) em 2011, quando pediu ajuda aos seus familiares por dependência em álcool e outras drogas, pois se viram sem respostas dos serviços públicos. Eduardo Real, que passou por 13 internações após essa, relatou trabalhos forçados, castigos físicos e tendo como único *tratamento* cultos religiosos. Real conta que acordava às 5h para cultos religiosos, sem acesso a tratamento psicológico ou médico. Os chamados ‘pastores’, antigos internos, usavam a fé para impor castigos e até violência. Após sair, com medo de nova internação, passou a usar drogas nas ruas, conheceu o crack e entrou em um ciclo entre rua e internações. Apenas após ser atendido pelo Centro de Atenção Psicossocial Especializado em Álcool e Drogas (CAPS-AD) de Osasco em 2020, foi que Eduardo se recuperou, encontrando-se abstinente desde então (O Globo, 2023).

Através de investigação jornalística que durou sete meses, a equipe do programa televisivo “Fantástico” divulgou, em novembro de 2023, uma reportagem com denúncias de graves crimes em comunidades terapêuticas na Grande São Paulo. Citam que “*vários desses lugares são semelhantes aos antigos manicômios*”, com denúncias de agressões, torturas e violência psicológica. Na comunidade Kairos, também citada pela reportagem, um interno foi agredido por sete pessoas, vindo a óbito (Fantástico, 2023).

Observa-se que, apesar do movimento da Reforma Psiquiátrica e da vigência da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, as políticas de saúde mental permanecem frágeis, com o financiamento de instituições que seguem lógicas manicomial, praticando violações de direitos sem comprovação de sua eficácia. Diante dessa conjuntura, torna-se fundamental manter o debate e a vigilância constante sobre esse tema, uma vez que leis morais, religiosas e até mesmo a ciência psiquiátrica frequentemente recorrem à segregação, imposição e violência em seus tratamentos. Nesse contexto, ao se analisar a história dos manicômios e a persistência das comunidades terapêuticas, fica evidente a propensão à barbárie, promovendo desumanização e despersonalização, com o Estado atuando como um aparato que detém o poder de decidir quem tem o direito de morrer e o poder de matar (Souza & Medrado, 2021).

Considerações Finais

Embora a Reforma Psiquiátrica brasileira e a promulgação da Lei nº 10.216/2001 tenham representado marcos fundamentais na consolidação de um cuidado em liberdade, orientado pelos direitos humanos e pela cidadania, é possível observar, ao longo das últimas décadas, a persistência de dispositivos institucionais que mantêm processos de exclusão social, bem como formas de violência dirigidas a sujeitos em sofrimento psíquico e a pessoas que fazem uso abusivo de substâncias.

A expansão das comunidades terapêuticas está relacionada ao enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), intensificado por políticas que reduzem o papel do Estado e os investimentos públicos em saúde. Esse processo tem favorecido o repasse de recursos e a transferência de responsabilidades para instituições privadas, muitas delas de caráter religioso e disciplinar. Tal deslocamento evidencia uma contradição nas políticas de saúde mental, com o enfraquecimento do SUS e suas práticas humanizadas, e sustentação de um modelo baseado na segregação, na coerção e em lógicas institucionais historicamente superadas.

Para a consolidação de um cuidado efetivamente humanizado, é necessário ampliar os investimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e expandir territorialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assegurando cobertura adequada, especialmente em regiões historicamente desassistidas. Quando devidamente estruturados, esses serviços possibilitam o acolhimento em liberdade, o acompanhamento multiprofissional e a construção de projetos terapêuticos singulares, em articulação com a rede de proteção social. Esse fortalecimento deve estar associado à consolidação de práticas de cuidado orientadas por princípios éticos e interdisciplinares, que reconheçam a singularidade dos sujeitos, respeitem sua autonomia e evitem a moralização e a violência institucional.

Além disso, deve-se avançar na superação do paradigma da abstinência obrigatória como única modalidade de tratamento. A política de redução de danos, já prevista nas diretrizes nacionais, precisa ser reafirmada e ampliada, uma vez que se apresenta como uma abordagem mais eficaz e humanizada no acompanhamento de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias.

Outro eixo central diz respeito ao fortalecimento do controle social e dos mecanismos de fiscalização. Os relatórios de inspeção em comunidades terapêuticas, bem como as denúncias recorrentes de violência, cárcere privado e trabalho análogo à escravidão, evidenciam que o repasse de recursos públicos a essas instituições sem supervisão rigorosa, configura violação de direitos humanos e contraria os princípios constitucionais do SUS e da Constituição Federal de 1988.

A construção de uma política de saúde mental democrática requer, ainda, a valorização da participação ativa de usuários e familiares nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. A escuta qualificada dessas experiências é indispensável para que o cuidado não se restrinja a protocolos técnicos, mas seja construído em diálogo com aqueles que vivenciam o sofrimento psíquico e o uso de substâncias.

Dessa forma, as alternativas ao cenário atual exigem um reposicionamento político que reafirme o compromisso do Estado com a saúde pública e com os princípios da Reforma Psiquiátrica. É preciso recompor o financiamento das RAPS, expandir e qualificar os CAPS, investir em práticas de redução de danos, ampliar a interdisciplinaridade do cuidado, fortalecer os mecanismos de controle social e promover a participação efetiva de usuários e familiares. Apenas a partir dessas ações será possível superar a centralidade de práticas manicomiais ainda presentes nas comunidades terapêuticas e avançar em direção a uma política de saúde mental orientada pela dignidade, pela liberdade e pelos direitos humanos.

Concluimos, portanto, que a luta antimanicomial permanece atual e urgente. A consolidação das comunidades terapêuticas como modelo dominante de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas revela não apenas um retrocesso nas políticas públicas, mas a permanência de uma cultura higienista que responde ao sofrimento por meio da exclusão. A superação desse quadro demanda não apenas transformações no âmbito das políticas públicas, mas também mudanças culturais e sociais profundas. O desafio que se impõe é o de construir uma sociedade que reconheça a diversidade das experiências humanas, valorize a vida em liberdade e assegure a todas e todos o direito ao cuidado em saúde mental sem violência e sem segregação.

Referências

- Agressões, tortura e até assassinato: os crimes por trás das comunidades terapêuticas da Grande SP. (2023, 26 de novembro). *Fantástico*. <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2023/11/26/agressoes-tortura-e-ate-assassinato-os-crimes-por-tras-das-comunidades-terapeuticas-da-grande-sp.ghtml>.
- Almeida, G. S., & Rhoden, C. (2020). Uma análise foucaultiana sobre o “holocausto brasileiro”. *Revista DIAPHONÍA*, 6(1), 247–252. DOI: <https://doi.org/10.48075/rd.v6i1.26383>
- Altino, L. (2023, 29 de setembro). Ex-interno relata abusos e castigos físicos em 14 passagens por comunidades terapêuticas: 'único tratamento eram os cultos'. *O Globo*. <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/09/29/ex-interno-conta-violencias-sofridas-em-14-passagens-por-comunidades-terapeuticas-unico-tratamento-eram-os-cultos.ghtml>.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno de Saúde Pública*, 11(25), 2309-2319. <https://www.scielo.br/j/csp/a/c5srmqDwSkZCmzCcqrmtwzM/abstract/?lang=pt>.

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (Org.). (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora FIOCRUZ.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro*. São Paulo, Brasil: Geração Editorial.
- Bastos, A. D. A., & Alberti, S. (2021). Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(26), 285-295. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>.
- Beg, M., Strathdee, S., & Kazatchkine, M. (2015). State of the art science addressing injecting drug use, HIV and harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 26(Suppl. 1), 1-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.11.008>.
- Behring, E. R., & Boschetti, I. (2008). *Política social: fundamentos e história*. São Paulo, Brasil: Cortez.
- Boarini, M. L. (2020). A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes. *Revista Psicologia Política*, 47(20), 21-35. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100003&lng=pt&nrm=iso.
- Bolonheis-Ramos, R. C. M., & Boarini, M. L. (2015). Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde*, 4(22), 1231-1248. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/3sMBcMnM5JvLMjYJTsD6xTn/abstract/?lang=pt>.
- Borlini, L. M. (2010). Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. *Texto e Contextos*, 2(9), 321-333. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/7697/5799>.
- Ministério da Saúde. (2005). *Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2020). *Nota Técnica nº 11, de 2020: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas*. Brasília, DF: MS. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Gabinete do Ministro. (2024). *Portaria nº 962, de 21 de fevereiro de 2024: Estabelece procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes atuantes na redução de demanda de drogas, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e dá outras providências*. Brasília, DF: MDS.
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. (2024). *Resolução CNAS/MDS n 151, de 23 de abril de 2024: Dispõe sobre os parâmetros para a atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no âmbito do acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas*. Diário Oficial da União. Brasília, DF: MDS. <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/04/2024&jornal=515&pagina=12&totalArquivos=196>.
- Bravo, M. I. S., & Matos, M. C. (2002). A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In M. I. S. Bravo & M. C. Matos (Orgs.), *Política social e democracia* (pp. 197-215). São Paulo, Brasil: E.P.U.
- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, & Conectas Direitos Humanos. (2021). *Levantamento de Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas Brasileiras entre 2017 e 2020*. <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>.
- Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de São Paulo. (2020). *Comunidade Terapêutica 2020: Manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo*. São Paulo, Brasil: CONED/SP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília, DF: CFP. [http://site.Conselho Federal de Psicologia.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf](http://site.Conselho%20Federal%20de%20Psicologia.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf).
- Correia, M. (2020, 27 de julho). Entidades cristãs receberam quase 70% da verba federal para comunidades terapêuticas no primeiro ano de governo Bolsonaro. *Agência Pública*. <https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/>.
- De Leon, G. (2003). *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo, Brasil: Loyola.

- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Psicologia clínica e Psicanálise*, 1(15), 94-115, 2015. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812015000100007&script=sci_abstract.
- Foucault, M. (1961). *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Brasil: Perspectiva.
- Gil, A. C. (2018). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo, Brasil: Atlas.
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Brasil: Perspectiva.
- CartaCapital. (2023, 07 de janeiro). *Governo Lula pretende retomar reforma psiquiátrica e fechar últimos 'hospícios'*. <https://www.cartacapital.com.br/saude/governo-lula-pretende-retomar-reforma-psiquiatica-e-fechar-ultimos-hospicios/>.
- Guedes, J. A. D. (2014). *Caracterização das Comunidades Terapêuticas no Município de Nova Iguaçu*. (Monografia de Especialização). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167357>.
- Krein, C. E. (2022). Manicômios com nova roupagem: o deslocamento do aparato manicomial para comunidades terapêuticas. *Cadernos de PsicologiaS*, 3. <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/manicômios-com-nova-roupagem-o-deslocamento-do-aparato-manicomial-para-comunidades-terapeuticas/>.
- Lima, K. (2022, 05 de setembro). Lula diz que, se eleito, vai fortalecer repasses e recuperar Sistema Único de Assistência Social. *G1*. <https://g1.globo.com/politica/eleicoes/2022/noticia/2022/09/05/lula-diz-que-se-eleito-vai-fortalecer-repasses-e-recuperar-sistema-unico-de-assistencia-social.ghtml>.
- Machado, R. (1978). *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Graal.
- Marques, R. M. (2015). O lugar das políticas sociais no capitalismo contemporâneo. *Argumentum*, 2(7). <https://esesp.es.gov.br/Media/esesp/pos/O%20lugar%20das%20pol%C3%ADticas%20sociais%20no%20capitalismo%20contempor%C3%A2neo.pdf>.
- Oliveira, C. F. (2024). Saúde mental no Brasil em tempos de pandemia e neoliberalismo: retrocessos e resistências. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, (31). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702024000100017en>.
- Paiva, I. L., & Yamamoto, O. (2003). *Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil. <https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/ec812a35-c630-417a-ab58-4136d8363f63/content>.
- Passos, R. G., Araujo, G. C. L., Gomes, T. M. S., & Farias, J. S. (2020). Comunidades terapêuticas e a (re) manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Argumentum*, 2(12), 125-140. <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064>.
- Desinstitute. (2021, 06 de julho). *RAPS e CAPS: O que são e como funcionam no Brasil?* https://desinstitute.org.br/noticias/raps-e-caps-o-que-sao-e-como-funcionam-no-brasil/?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA5pq-BhBuEiwAvkzVZWjJakBoMRrFh_kXYEd-prewNaKlEVmyuUUw61f4UQgRx-AjCRRj_BoCx48QAvD_BwE
- Silva, R. N. L. M., & Teixeira, S. M. (2020). Política de assistência social: entre o familismo e a desfamiliarização. *Revista Emancipação*. <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/13115>.
- Silveira, F. A., & Simanke, R. T. (2009). A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. *Revista de Psicologia*, 1(21), 23-42. <https://www.scielo.br/j/fractal/a/KFZqY5CNRkXtXj33cfYCMlh/#>.
- Souza, R. M., & Medrado, A. C. C. (2021). Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. *Saúde em Debate*, 128(45), 164-177. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/v9vGDrqDPfQt3KJkS5Kjndc/?lang=pt#>.
- Stang, G., & Wiese, M. L. (2024). Ordem e progresso? Reflexões sobre o capitalismo contemporâneo e o Sistema Único de Assistência Social. In *Anais do V Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social*. (Vol. 1, pp. 1-12). Florianópolis, SC: UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/261601>
- Valois, Y. (2023, 03 de maio). Humilhação, tortura e morte: vídeos chocantes mostram rotina de pacientes em clínica clandestina. *Metrópoles*. <https://www.metrópoles.com/distrito-federal/humilhacao-tortura-e-morte-videos-chocantes-mostram-rotina-de-pacientes-em-clinica-clandestina>.

Contribuição dos Autores

Conceitualização: L.N.G.; B.M.T.; F.D.R.

Redação do manuscrito: L.N.G.; B.M.T.

Análise dos dados: L.N.G.; B.M.T.; F.D.R.

Revisão e edição: F.D.R.; L.N.G.; B.M.T.

Submetido em: 15/09/2025

Aceito em: 11/02/2026

Como citar:

Teixeira, B. M., Graciano, L. N., & Rufato, F. D. Comunidades terapêuticas no Brasil: o novo (velho) paradigma manicomial. *Rev Polis e Psique*. 2026, 16: e026014.

Financiamento:

Não houve financiamento.