

AS HERANÇAS MANICOMIAIS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS/RJ

ASYLUM INHERITANCES IN THE THERAPEUTIC COMMUNITIES OF THE MUNICIPALITY OF TERESÓPOLIS/RJ

Pedro Henrique da Silva Branco¹
Bruno da Silva Campos²
Gustavo Alves Eduardo³
João Vinícius dos Santos Dias⁴

RESUMO: Este estudo, desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia no UNIFESO, analisa a persistência de práticas manicomiais em Comunidades Terapêuticas de Teresópolis (RJ). A pesquisa teórica revisa a construção social da loucura, desde a Idade Média até a consolidação dessas comunidades como modelo de tratamento. Também investiga sua origem no Brasil e o avanço da luta antimanicomial. A análise abrange três eixos: o contexto histórico da loucura, a evolução das Comunidades Terapêuticas no país e a realidade local. Os resultados mostram que, apesar da reforma psiquiátrica e da ampliação de direitos, persistem práticas institucionais que reproduzem lógicas de exclusão e controle. Além disso, identificou-se a falta de dados sobre essas instituições em Teresópolis, o que aponta para a necessidade de maior fiscalização e transparência. O estudo conclui que ainda há desafios significativos para a efetivação de políticas públicas de saúde mental mais humanizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Comunidade Terapêutica; Saúde Mental; Teresópolis; Formação em Psicologia.

ABSTRACT: This study, developed as a final undergraduate project in Psychology at UNIFESO, analyzes the persistence of asylum-like practices in Therapeutic Communities in Teresópolis, Brazil. The theoretical research reviews the social construction of madness, from the Middle Ages to the emergence of these communities

¹ Graduando em Psicologia (Unifeso). Centro Universitário da Serra dos Órgãos. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-9277-6277> Email: brancopedroh@gmail.com

² Doutor em Saúde Coletiva (UFES). Centro Universitário da Serra dos Órgãos. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1756-7201> Email: brunocampose1@gmail.com

³ Doutorando em Psicologia Institucional (UFES). Centro Universitário da Serra dos Órgãos. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0626-5291> Email:

⁴ Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Centro Universitário da Serra dos Órgãos. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1691-5507> Email: joaoVINICIUSdias@unifeso.edu.br



as a treatment model. It also explores their origins in Brazil and the development of the anti-asylum movement. The analysis is structured around three themes: the historical context of madness, the evolution of Therapeutic Communities in the country, and a reflection on the local reality. Results indicate that, despite the psychiatric reform and expanded rights, institutional practices that reproduce exclusion and control persist. The study also highlights a lack of data on these institutions in Teresópolis, underscoring the need for greater oversight and transparency. It concludes that significant challenges remain in implementing more humane public mental health policies.

KEYWORDS: Therapeutic Community; Mental Health; Teresópolis; Mental Health; Psychology Education



10.23925/2176-4174.35.2025e72568

Recebido em: 16/07/25.

Aprovado em: 07/08/25.

Publicado em: 08/08/25.

Introdução

Uma reportagem do programa Fantástico investigou uma série de denúncias graves relacionadas às Comunidades Terapêuticas na cidade de São Paulo, em 2023. Segundo a reportagem, práticas sistemáticas de espancamentos e confinamento em locais degradantes foram constatadas, chegando ao ponto de registrar o assassinato de um dos internos. A matéria questiona a eficácia e a ética dessas instituições, além de expressar preocupação com Comunidades Terapêuticas que operam sem cumprir os requisitos legais (G1, 2023).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018), as Comunidades Terapêuticas (CTs) são instituições privadas, predominantemente de caráter religioso, que funcionam como residências coletivas temporárias para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Quem busca esse tipo de serviço deve fazê-lo de forma voluntária, e a permanência nesses espaços não deve ser compulsória, mas sim baseada no consentimento (IPEA, 2018).

Desde 2011, as CTs vêm recebendo investimentos governamentais, tornando-se parte da estratégia de combate ao crack, por exemplo. Segundo o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP, 2022), entre 2017 e 2020, os investimentos federais nas CTs totalizaram aproximadamente 300 milhões de reais, chegando a 560



milhões de reais quando considerados também os repasses das prefeituras das capitais. Contudo, à medida que as CTs se popularizaram no Brasil, denúncias de maus-tratos nesses locais têm se acumulado.

Um exemplo recente é a denúncia veiculada em portais de notícias em julho de 2024, sobre um homem de 55 anos que foi espancado até a morte dentro de uma CT. O crime foi registrado em um vídeo que mostra a vítima amarrada a uma cadeira, enquanto funcionários riem da situação (Tomaz & Honório, 2024). Assim, a expansão de tratamentos baseados em um modelo asilar, que viola direitos humanos, tem ocorrido em diversos municípios brasileiros.

As Comunidades Terapêuticas têm avançado no território nacional, submetendo pessoas socialmente estigmatizadas, como dependentes químicos e indivíduos com transtornos mentais graves, à sistemática violação de direitos humanos, sob uma lógica manicomial. Essa prática impacta a vida daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social e influencia as crenças culturais da população (Bardi & Garcia, 2022).

Dentre os municípios brasileiros que enfrentam esse fenômeno, destaca-se Teresópolis, cidade localizada na região serrana do Rio de Janeiro. A cidade apresenta desafios na oferta de serviços de saúde mental mais humanizados, como a falta de investimentos governamentais em projetos que visem melhorar a infraestrutura dos serviços públicos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), atualmente situado na Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, não há um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) na cidade, e o acesso a esses serviços é dificultado para moradores de regiões mais afastadas, considerando que o CAPS está localizado no bairro Tijuca, próximo ao centro urbano, e distante das áreas periféricas e rurais (Prefeitura de Teresópolis, 2023).

Há diversos desafios a serem superados em relação ao senso comum, uma vez que o estigma e a discriminação direcionados à população com transtornos mentais e adicções dificultam o processo de desinstitucionalização. Essa luta, por sua vez, necessita de uma conscientização coletiva para avançar. Superar esses obstáculos é fundamental para que a luta antimanicomial prevaleça e, como consequência, para que locais como as Comunidades Terapêuticas e as práticas assistencialistas venham a diminuir.

Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a presença de lógicas manicomiais nas Comunidades Terapêuticas do município de Teresópolis, sob a hipótese de que essas instituições reproduzem práticas e discursos que perpetuam o modelo asilar.

Metodologia

Para alcançar o objetivo desta pesquisa exploratória, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, com foco em estudos que abordassem a história das Comunidades Terapêuticas, as lógicas manicomiais e a saúde mental no contexto brasileiro. A revisão buscou sintetizar os principais estudos relacionados à história das Comunidades Terapêuticas, incluindo a descrição do que são as lógicas manicomiais e sua presença na história ocidental, além de documentos referentes à história do município de Teresópolis.

Como fontes de pesquisa, foram utilizadas ferramentas como o Google Acadêmico, SciELO e o Portal de Periódicos da CAPES. Foram empregados descritores como "comunidades terapêuticas", "lógicas manicomiais", "saúde mental" e "Teresópolis". Além disso, foram considerados relatórios técnicos e sites relevantes. Para a seleção dos estudos, priorizaram-se livros e artigos consolidados e bem referenciados, incluindo trabalhos de Michel Foucault e o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas.

A pesquisa bibliográfica tem como objetivo contribuir para a compreensão de um problema, analisando o que já foi publicado cientificamente até o momento. Essa análise possibilita uma reflexão aprofundada sobre o tema, levando a uma conclusão fundamentada.

Para a análise, foi utilizada a metodologia de estudo temático, que busca identificar, categorizar e interpretar os resultados. Esse método permite reconhecer os temas recorrentes nos materiais analisados, categorizá-los, estabelecer relações entre eles e, por fim, interpretar os dados, promovendo uma compreensão mais aprofundada das relações encontradas.

É importante destacar que esta pesquisa possui algumas limitações, como a ausência de dados oficiais publicados especificamente sobre as Comunidades Terapêuticas em Teresópolis, além do risco de viés na seleção dos estudos. No entanto, os resultados obtidos podem contribuir para uma melhor compreensão das

dinâmicas presentes nessas instituições, fomentando um debate público mais informado e subsidiando a formulação de políticas públicas mais adequadas para a saúde mental.

Resultados e Discussões

Caminhando pela história da loucura

A marginalização de grupos não é uma novidade na história do mundo. Segundo Foucault (1972, p. 7), durante a Idade Média, até o fim das Cruzadas, milhares de leprosários foram criados em toda a Europa. Nesses locais, eram alocadas as pessoas com lepra, ou hanseníase, uma doença infectocontagiosa conhecida desde tempos bíblicos, caracterizada por lesões cutâneas, perda de sensibilidade e deformações físicas, cuja transmissão ocorre pelas vias aéreas. Essa doença era erroneamente associada à impureza moral e ao pecado (Eidt, 2004). Por se tratar de um período anterior à criação dos hospitais e da medicina baseada em evidências científicas, os leprosários funcionaram como uma medida profilática de quarentena, estabelecida pelo poder clerical (Brasil, 1965, p. 37).

A estratégia para o manejo do contágio consistia em algumas regras, como a de isolar os infectados do convívio social, obrigando-os a residir em locais afastados. Além da segregação geográfica, os doentes eram submetidos a um controle social rigoroso: deveriam usar uma vestimenta distintiva que simbolizava a lepra, marcando-os como impuros e contagiosos. Também lhes era exigido portar uma sineta, que deveriam tocar para avisar aos sadios de sua presença (Maurano apud Eidt, 2004).

Após o fim das Cruzadas, o contato entre a população da Europa e a do Oriente diminuiu expressivamente, contribuindo para a redução da incidência de hanseníase nos países europeus, cessando a epidemia. No entanto, os ritos que envolviam a segregação dos leprosos e os valores sociais relacionados à exclusão de um grupo permaneceram na sociedade europeia, não com o objetivo de evitar uma doença como a lepra, mas de isolar determinado grupo. O que começou como uma medida de saúde pública por meio da segregação dos leprosos evoluiu para um símbolo de exclusão social. Os ritos e práticas associados à lepra foram apropriados e reinterpretados, servindo como modelo para a marginalização de outros grupos considerados desviantes ou perigosos. Com o tempo, a doença perdeu sua centralidade, enquanto os mecanismos de exclusão permaneceram, adaptando-se às

novas conjunturas sociais (Foucault, 1972, p. 9). Nesse sentido, a loucura foi e é tratada como perigosa devido ao processo histórico de internação e socialização nos manicômios, junto a criminosos, mendigos e outros considerados infames (Foucault, 2006).

Assim, com a diminuição dos casos de lepra na Europa, os leprosários começaram a perder sua razão de existir (Santos, 2009). No entanto, a importância social e religiosa desses locais persistia no imaginário social, ou seja, “[...] o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado” (Foucault, 1972, p. 9). Nesse contexto, na ausência de leprosos, a sociedade passou a enquadrar outros grupos como dignos de exclusão e marginalização social.

Alguns séculos depois, geralmente nos mesmos locais dos antigos leprosários, outros grupos passaram a ocupar esse espaço, como “[...] pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’” (Foucault, 1972, p. 10). Dessa vez, o objetivo não era apenas segregar e isolar esses grupos; foi acrescentada à exclusão uma justificativa moral, prática que ainda é observada nas Comunidades Terapêuticas (CTs): a reintegração espiritual (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017, p. 74).

Esse período na história coincide com a evolução da medicina na Europa, marcada por experimentos de tratamentos e medicações para a loucura. Na Idade Moderna, no século XVI, sob a influência do pensamento de Descartes, a loucura passou a ser vista, na Europa, como um processo de “desrazão” (Queiroz, 2009, p. 18). A associação da loucura ao sobrenatural foi gradualmente substituída por uma visão crítica e racionalista moderna, culminando em mudanças sociais que envolviam encarceramento, morte e exclusão daqueles considerados loucos, conforme Queiroz (2009, p. 18).

Além disso, a partir do século XVII, a Europa vivenciou um processo de urbanização, estruturação do Estado e industrialização, que provocaram mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais. A expansão do capitalismo, concomitante a esses processos, marcou uma nova fase histórica na qual o indivíduo, com uma cidadania mais ativa, passou a exigir do Estado políticas sociais mais robustas. A pobreza e o desabrigado eram endêmicos nas cidades europeias, levando o Estado a criar abrigos para aqueles considerados incapazes de trabalhar, como desempregados, doentes e deficientes. Assim surgiram os Hospitais Gerais na

França, as Casas de Correção na Inglaterra, as Casas de Trabalho na Escócia e as Casas de Detenção na Alemanha (Queiroz, como citado por Amarante, 2009, p. 20), dando início ao que se conhece como Grande Enclausuramento (Campos, 2022, p. 15).

Com a criação dos Hospitais Gerais no século XVII, indivíduos que não trabalhavam, incluindo os considerados loucos, eram compelidos a viver nesses estabelecimentos sob a justificativa moral da Igreja Católica de que o ócio era abominável. Essas casas de correção serviam para abrigar pessoas que a sociedade preferia excluir, constituindo, assim, uma das “primeiras medidas de proteção social adotadas na Europa com o intuito de proteger a sociedade do risco do não trabalho, da negação ao assalariamento” (Queiroz, 2009, p. 20).

Uma vez internados, esses indivíduos, que incluíam mendigos e pobres, eram invisibilizados socialmente; ou seja, a sociedade não se preocupava mais com o destino dessa população (Queiroz, 2009, p. 20). Portanto, os Hospitais Gerais eram “[...] ao mesmo tempo, espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão” (Amarante, 1996, p. 38).

No que se refere à medicalização, já no Período Clássico existiam formas rudimentares de tentar tratar a loucura. Acreditava-se que a loucura estivesse relacionada aos minerais da terra, pois estes eram encontrados em profundidades e, consequentemente, a loucura era vista como uma manifestação dessas profundezas.

Assim, minerais, como pedras preciosas, eram considerados capazes de curar enfermidades. Além do uso de minerais, o ópio era amplamente utilizado como uma panaceia. Nesse contexto, a medicina do século XVIII ainda era embrionária, com práticas médicas fortemente influenciadas por crenças populares. Gradualmente, a abordagem médica evoluiu de um tratamento sintomático para uma investigação mais aprofundada das causas das doenças. No tocante à loucura, essa mudança de paradigma culminou na institucionalização de hospitais psiquiátricos e na implementação de observações clínicas mais sistemáticas, especialmente ao final do século XVIII, apesar das práticas iniciais serem frequentemente cruéis (Foucault, 1972, pp. 333, 339). Dessa forma, pode-se observar que a partir do século XVIII, a disciplina dentro desses estabelecimentos começou a produzir discursos de verdade, que substituíram a produção de discursos específicos e competentes, particularmente na relação entre loucura e asilo, ou loucura e manicômio.

Scliar (2002, p. 56) descreve o tratamento dessa época como “[...] verdadeiramente bárbaro: cabeças rapadas, eles eram sistematicamente submetidos à puga, à êmese, à sangria, ou atirados sem aviso à água gelada, procedimento que tinha por objetivo ‘chocá-los’, trazendo-os de volta à razão.” Nesse contexto, destacou-se uma figura fundamental nas mudanças de práticas nos Hospitais Gerais: Philippe Pinel, um médico, filósofo e enciclopedista francês. Pinel foi responsável por propor tratamentos mais humanizados aos alienados nos Hospitais Gerais, como desacorrentá-los e registrar a nosografia de suas alienações, buscando formas de compreender, classificar e agrupar suas condições por meio da observação empírica (Amarante, 1996, pp. 39-40).

A partir das contribuições de Pinel para a psiquiatria, o estudo da loucura na medicina começou a ser realizado não sob uma perspectiva moral, mas visando compreender e desenvolver formas adequadas de cuidado. Antes desse avanço, os indivíduos considerados alienados eram mantidos acorrentados, uma prática influenciada pelo estigma de que eram de natureza violenta (Amarante, 1996, p. 38-39).

Apesar das inovações introduzidas por Pinel, as mudanças nas práticas psiquiátricas não ocorreram de forma imediata. O aprisionamento dos alienados persistia na Europa, associado à ideia de agressividade animalesca (Foucault, 1972, p. 168), uma realidade que também se estendia a outras partes do mundo, incluindo o Brasil. Contudo, Foucault destacou um fenômeno crucial na dinâmica institucional dos hospitais psiquiátricos, que pode ser observado nas comunidades terapêuticas contemporâneas. Ele se referia a um processo que gera “[...] lucros de anomalias, de lucros de ilegalismos ou lucros de irregularidades” (Foucault, 2006, p. 137). Em outras palavras, a internação produzia um valor capital sobre o sofrimento e/ou adoecimento das pessoas, refletindo uma lógica de lucro sobre doenças, que ainda persiste nas comunidades terapêuticas atuais. Com o tempo, estas instituições passaram a ser dedicadas à observação e controle, impactando também a arquitetura dos espaços, que buscavam facilitar a vigilância. A ideia de cuidado se baseava em uma lógica paternalista, onde os internos eram vistos como “crianças” e os médicos como “pais”, evidenciando o distanciamento entre aqueles considerados sem razão e os detentores da razão e da verdade (Foucault, 1972, pp. 531-532). Em última análise, a prática de

internação nos manicômios era encarada como uma forma de interdição, afetando a figura do louco (Foucault, 2006).

No Brasil, a concepção de loucura entre os séculos XIX e XX foi marcada pela noção de improdutividade e incapacidade, o que gerava vergonha para os familiares de pessoas com sofrimento psíquico e fomentava a exclusão social e o isolamento dos indivíduos considerados loucos (Figueiredo et al., 2014, como citado em Vecchia & Martins). Essa perspectiva interagia com a concepção de loucura relacionada à improdutividade, uma ideia presente na Europa desde o século XVII.

Com a evolução do hospital como estrutura fundamental no cuidado em saúde, foi inaugurado, em 1852, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. Nesse contexto, o isolamento tornou-se o principal método de manejo para os loucos, ancorado na moralidade como base para a compreensão da doença mental. Nos interiores desses hospitais, os pacientes eram organizados de maneira a facilitar a vigilância contínua por parte da equipe. Além disso, a científicidade nas práticas dos hospitais psiquiátricos era escassa, limitando-se a reproduzir teorias francesas, as quais não eram profundamente integradas aos cuidados clínicos (Portocarrero, 2002, pp. 9, 41).

A partir do século XX, o médico Juliano Moreira desempenhou um papel importante em novas abordagens de cuidado para indivíduos considerados alienados. Baseando-se menos na moralidade e mais na psicofisiologia, Moreira iniciou a nosografia das anormalidades, que não se restringia apenas aos doentes mentais, mas também, conforme Portocarrero (2002, p. 10), incluía “[...] degenerados, epiléticos, criminosos, sifilíticos, alcoólatras.” As contribuições de Juliano Moreira para a psiquiatria brasileira culminaram, por exemplo, na promulgação da Lei Federal Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1911, que visava as reformas iniciais na assistência aos alienados, em 1903. Moreira ajudou a pavimentar o caminho para que, décadas mais tarde, o movimento da Reforma Psiquiátrica se estruturasse. Até esse momento, os alienados ainda sofriam em manicômios (El-Bainy, 2007, pp. 68, 76).

Com o objetivo de isolar os considerados loucos, os manicômios eram vistos como a principal solução para o tratamento da loucura. Inclusive, “funcionários responsáveis não tinham formação médica; muitas vezes eram religiosos” (Figueiredo et al., 2014). A moral atuava como um fator determinante para o isolamento de indivíduos, e a maioria dos internos não possuía um diagnóstico de doença mental. Dessa forma, os que ocupavam esses espaços eram, segundo Arbex (2013, p. 14):

[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, pessoas que se rebelavam, indivíduos que se tornavam incômodos para alguém mais poderoso. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões; esposas confinadas para que seus maridos pudessem morar com amantes; filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos.

No final da década de 1970, emergiu no Brasil um movimento político e social conhecido como Reforma Psiquiátrica, que visava questionar a realidade do cuidado em saúde mental no país e transformar seus aspectos por meio de denúncias, mobilização e influência internacional. Em 1977, o Ministério da Saúde lançou o Plano Integrado de Saúde Mental; poucos anos depois, no Rio de Janeiro, ocorreu a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (Figueiredo, 2014; El-Bainy, 2007, p. 76).

O início da Reforma é marcado pelo papel crucial do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que denunciou as violações dos direitos humanos nos asilos e as péssimas condições de trabalho nas instituições psiquiátricas (Figueiredo apud Zambenedetti & Silva, 2014). Isso culminou, a partir dos anos 1980, na união entre profissionais de saúde, usuários dos serviços e seus familiares, em prol do respeito à dignidade e aos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Entre os objetivos da Reforma Psiquiátrica, destaca-se a substituição do modelo hospitalocêntrico, com a progressiva troca dos manicômios por serviços abertos e comunitários focados na liberdade dos indivíduos. Essa mudança ocorreu concomitantemente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da implantação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com Figueirêdo (2014).

A psiquiatra Nise da Silveira é uma das figuras associadas à Reforma Psiquiátrica. Com uma postura crítica em relação aos métodos tradicionais, ela se opôs a técnicas de tratamento como a eletroconvulsoterapia, o coma insulínico e a lobotomia. Além disso, foi pioneira na implementação da terapia ocupacional, utilizando a arte como principal ferramenta de cuidado e expressão, com o objetivo de resgatar a subjetividade dos pacientes. Os ideais e práticas de Nise da Silveira influenciaram práticas de humanização e reinserção social dentro da luta antimanicomial (Boarini, 2020). Em instituições como a Colônia Juliano Moreira, um

grande asilo com mais de 2.000 internos na década de 1980, começaram a surgir as primeiras propostas para reformulação da assistência (Brasil, 2005, p. 7).

O Surgimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil

Paralelamente à Reforma Psiquiátrica, as Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil cresceram em número, ao passo que a quantidade de leitos psiquiátricos foi diminuindo. As CTs surgiram como uma alternativa ao cuidado tradicional, o qual já era contestado no território brasileiro. No entanto, características manicomiais persistem em grande parte dessas instituições, incluindo práticas abusivas de internação, violações sistemáticas dos direitos humanos e o isolamento do convívio social. Esse fenômeno se opõe tanto ao movimento da Reforma Psiquiátrica quanto à implementação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017, p. 22).

As Comunidades Terapêuticas têm suas raízes em uma ideia que remonta ao século XX, mas especificamente no período pós-Segunda Guerra Mundial. Elas foram concebidas como uma alternativa à Psicanálise para o tratamento de indivíduos considerados desajustados, como alcoólatras, dependentes de outras substâncias e predadores sexuais (Jones, 1953, p. 7). Maxwell Jones, um médico inglês, idealizou a primeira CT em uma Inglaterra que ainda enfrentava as consequências da guerra, que havia terminado há poucos anos.

Jones propôs uma abordagem que buscava tornar o tratamento terapêutico comunitário, divergindo do modelo freudiano, no qual um único paciente se senta diante de um terapeuta bem treinado. Segundo Jones, esse modelo não apenas limitava o número de pacientes atendidos, mas também não era acessível a todos, devido a custos elevados. Como alternativa, a estratégia visava incorporar a terapia no cotidiano e no espaço de trabalho. O tratamento proposto por Jones não consistia em choques, medicamentos ou interpretações subjetivas; ao contrário, era uma abordagem profissional mais horizontalizada, sem que os internos percebessem que estavam sob um tratamento terapêutico (Jones, 1953, p. 7).

A premissa do “trabalho que dignifica” sempre esteve no centro da proposta de tratamento nas Comunidades Terapêuticas, inspirada em uma estratégia governamental britânica do pós-guerra conhecida como Remploy. Nesse programa, a realocação de homens no mercado de trabalho era um dos principais objetivos,

permitindo que indivíduos com diversas deficiências, mesmo que severas, fossem designados a ofícios nas Unidades Industriais de Neurose, um hospital com 100 leitos destinado a homens desempregados, considerados desajustados para o mercado de trabalho formal, os quais Jones descreveu como "chronic unemployable", ou seja, desempregados devido a questões de personalidade (Jones, 1953, p. 8).

Psicoterapia e diversas ocupações em ambientes hospitalares incluem workshops destinados ao aprendizado de ofícios como pedreiro, jardineiro, cabeleireiro e alfaiate. Como resultado, alguns pacientes conseguiram emprego no mercado formal, enquanto outros somente conseguiram trabalhar com a intermediação da unidade hospitalar. Além disso, alguns foram transferidos para a Assistência Pública, pois não se ajustavam a nenhum tipo de trabalho (Minski, 1948).

Inspirado nas Unidades Industriais de Neurose, Maxwell Jones foi o precursor das Comunidades Terapêuticas, utilizando práticas como encenações dramáticas, discussões e abordagens educativas como base terapêutica (Damas, 2013, apud Jones, 2013). A partir da década de 1950, com a notoriedade e expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs), embora tenham surgido com uma proposta alternativa para cuidados terapêuticos, muitas delas foram criticadas por adotar uma lógica manicomial em suas práticas, o que também seria observado posteriormente no Brasil (Damas, 2013).

De acordo com Bardi e Garcia (2022), o avanço das CTs no Brasil está relacionado a fatores como laborterapia e conversão religiosa, características da lógica manicomial. Além disso, existe um investimento governamental significativo nessas instituições, acompanhada de baixa fiscalização. As CTs estão presentes no Brasil desde a década de 1960, e a expansão dessas comunidades é marcada por numerosas denúncias relacionadas à violação dos direitos humanos básicos.

Em concordância com as ideias de Bardi e Garcia, o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas revela que, apesar de estas instituições estarem sujeitas à fiscalização por órgãos governamentais, como a Vigilância Sanitária, o Ministério Público Estadual e o Conselho Tutelar, a efetividade dessas fiscalizações é ainda deficiente (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017). Quando ocorrem denúncias, observa-se “a falta de referências à adoção de medidas pelos órgãos competentes, tendo em vista as irregularidades encontradas nas instituições” (CFP, 2017, p. 148).

A religião está associada à maioria das CTs brasileiras, com 82% delas vinculadas, principalmente, a instituições de matriz cristã (Bardi e Garcia, 2022, apud Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Além disso, muitas dessas comunidades carecem de profissionais capacitados para o manejo de dependentes químicos.

O Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas destaca a natureza manicomial presente nas Comunidades Terapêuticas (CTs), evidenciando o uso de medicamentos com a intenção de controlar os internos e, em alguns casos, puni-los, em vez de atender às necessidades terapêuticas, sendo aplicados exclusivamente para “ajustar” pessoas privadas de liberdade (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017, p. 122).

Adicionalmente, a localização das CTs brasileiras ocorre, na maioria das vezes, em áreas mais afastadas dos centros urbanos, o que dificulta o acesso, a autonomia e a liberdade de movimentação dos internos. Essa limitação não se restringe apenas a questões geográficas, mas também se estende a fatores arquitetônicos. Com frequência, as CTs estão cercadas por muros e acompanhadas de outros elementos de restrição de circulação, como grades e portões (Passos et al., 2020, como citado em Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2020).

O isolamento gerado por essas condições torna o ambiente propício para práticas moralizantes, sob um paradigma manicomial. A imposição religiosa é recorrente nas CTs, incluindo uma rotina obrigatória de orações e a exigência de participação dos internos em outras manifestações religiosas, predominantemente cristãs, como cultos. Outro fator associado à localização afastada dos centros urbanos é a dificuldade de fiscalização desses locais, mesmo no caso de CTs que recebem investimento público (Bardi & Garcia, 2022, como citado em CFP, 2022).

Ademais, a falta de profissionais capacitados nesses ambientes contribui para a alta utilização de medicamentos, especialmente os benzodiazepínicos, de tarja preta, que somente podem ser vendidos com prescrição médica, refletindo uma prática psiquiátrica comum em manicômios (Passos et al., 2020, como citado em IPEA, 2020).

Para manter o confinamento dos internos nas CTs, são comuns práticas como a retenção de documentos e bens pessoais, incluindo dinheiro, e a aplicação de multas por infrações às regras de privação de liberdade. Em muitos casos, também

há punições por tentativas de fuga ou por descumprimento de determinações internas (CFP, 2017, p. 57). Esse contexto está inserido em um desmonte da política de saúde mental no Brasil, que afeta, principalmente, pessoas em situação de vulnerabilidade, como moradores de periferias e usuários de rua, sob uma perspectiva moralista e religiosa (Passos, 2020).

Teresópolis e suas heranças manicomiais

A exemplo de grande parte do território brasileiro, a história do município de Teresópolis é marcada pela colonização europeia, em detrimento das populações indígenas nativas que já habitavam a região, como os povos Timbira, Tamoio e Temiminó (Santos, 1953). A partir do século XVIII, os primeiros povoados e fazendas começaram a se formar na localidade, então considerada uma região a ser desbravada (Rahal, 1987). A inauguração da estrada de ferro, em 1908, facilitou o acesso à cidade, promovendo o comércio, o turismo e, por conseguinte, o desenvolvimento econômico de Teresópolis ao longo do século XX (Rahal, 1987).

Atualmente, o setor primário representa uma parcela significativa da economia municipal, correspondendo a 9% do Produto Interno Bruto (PIB), com destaque para a produção de hortaliças, responsável por abastecer cerca de 90% do estado do Rio de Janeiro. Nesse contexto, cerca de 11% da população de Teresópolis reside em áreas rurais (CECIERJ, apud Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2020, pp. 25, 32).

Apesar desses dados, Teresópolis conta com apenas um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o território, localizado na Secretaria Municipal de Saúde, no distrito Sede, isto é, na área urbana do município. Embora o site oficial da prefeitura informe que o CAPS funciona como porta de entrada para os casos mais graves do município (Prefeitura de Teresópolis, 2024), o serviço não é de fácil acesso para os moradores das regiões mais afastadas do centro urbano.

O município dispõe apenas de um CAPS II, situado na zona urbana, e não conta com um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Em contraste com o alcance geograficamente limitado do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, as Comunidades Terapêuticas (CTs), em geral, estão localizadas em áreas de difícil acesso, como zonas rurais. Das 28 CTs inspecionadas pelo Relatório

de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, apenas nove estavam situadas em locais de fácil acesso (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017, p. 59).

Ao realizar uma busca no Google com os termos “Comunidade Terapêutica Teresópolis”, observa-se que, no município, parece seguir-se a tendência de as Comunidades Terapêuticas (CTs) estarem localizadas em áreas afastadas. Um exemplo disso é a UNEM - União de Militares Evangélicos da Marinha/Monte da Paz, que aparece na primeira página do buscador. Embora o site da instituição não forneça o endereço exato (UNEM, s.d.), de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, s.d.), a CT Monte da Paz está situada no bairro de Sebastiana, uma localidade rural e afastada do centro urbano de Teresópolis. O site da UNEM também destaca que uma das principais estratégias de tratamento adotadas pela instituição é a “fé cristã” (UNEM, s.d.).

Em outro resultado da pesquisa, foi possível encontrar a página do Facebook de uma outra CT no município: a Fazenda Esperança - Sítio Liberdade, localizada no bairro de Albuquerque, que também é uma área distante do centro urbano. As postagens na página do Facebook reiteram a importância do trabalho como parte do tratamento dos dependentes químicos internos (Fazenda Esperança, 2021). No site oficial da Fazenda Esperança, o modelo de tratamento é descrito com base em três pilares: trabalho, convivência e espiritualidade. Além disso, as regras para a aceitação de novos internos incluem a concordância com as metodologias adotadas pela instituição, que envolvem esses três pilares, além da permanência mínima de 12 meses como interno. O site também apresenta uma orientação para casos de abuso dentro da CT, incluindo abuso de poder ou sexual: as denúncias devem ser feitas diretamente à instituição, com a garantia de sigilo e segurança para o denunciante (Fazenda Esperança, s.d.).

Esses fatores relacionados à localização das CTs corroboram os dados do IPEA (2017), que indicam que 74,3% das Comunidades Terapêuticas estão situadas em zonas rurais. Em relação à influência de valores religiosos nas práticas terapêuticas dessas instituições, os dados apontam que 95,6% das CTs utilizam algum tipo de religiosidade em suas estratégias de tratamento, mesmo entre aquelas que afirmam não ter orientação religiosa. A laborterapia, por sua vez, é uma prática terapêutica presente em 92,9% das CTs (IPEA, 2017, pp. 13, 21).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) adota uma postura veementemente contrária ao financiamento público das Comunidades Terapêuticas (CTs), argumentando que muitas dessas instituições violam os direitos humanos, ao reproduzirem práticas manicomiais como o trabalho forçado e o confinamento. Nesse contexto, o CFP busca documentar tais violações e fomentar a criação de políticas públicas que se oponham ao modelo manicomial e asilar de cuidado em saúde mental. Promover a reformulação da política de saúde mental é um dos objetivos do CFP, em que as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a liberdade sejam a base do cuidado, além da implementação de um sistema de inspeção eficiente e permanente, visando garantir a proteção dos direitos dos usuários (CFP, 2023).

No relatório da Frente Parlamentar de Saúde Mental, datado de outubro de 2024, são apresentados alguns Projetos de Lei (PL) relacionados aos avanços em políticas públicas de saúde mental no Brasil, ainda em tramitação. Exemplos desses projetos incluem o PL n° 4032/2024, que “[...] dispõe sobre a criação e regulamentação do Estatuto da Comunidade Terapêutica e dá outras providências”; e o PL n° 3816/2024, que “dispõe sobre a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em municípios de médio e grande porte e de instituições para internação de dependentes químicos” (Frente da Saúde Mental, 2024). A Frente Parlamentar de Saúde Mental é uma iniciativa do parlamento federal com o objetivo de cobrar e fortalecer as políticas de saúde pública no Brasil, em consonância com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Frente da Saúde Mental, s.d.).

A trajetória histórica dos manicômios, desde a Idade Média até os dias atuais, evidencia a importância de combater as lógicas manicomiais ainda presentes na sociedade. Embora a Reforma Psiquiátrica Brasileira tenha promovido a conquista de direitos para pessoas com transtornos mentais, como a Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), o financiamento federal às CTs é preocupante, pois contribui para uma psiquiatrização da loucura, extrapolando as ciências da saúde e se direcionando para a ciência jurídica (Campos et al., 2022).

Dessa forma, é fundamental lutar contra a lógica manicomial, que controla e anula a subjetividade dos indivíduos sob o pretexto de oferecer cuidado em saúde. O respeito aos direitos humanos, à dignidade humana e a promoção da autonomia das pessoas são essenciais para a construção de uma sociedade inclusiva e justa.

Considerações finais

A pesquisa analisou a presença de lógicas manicomiais nas Comunidades Terapêuticas (CTs) brasileiras, com foco no município de Teresópolis, e identificou a persistência de práticas asilares, contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica. A revisão da literatura estabeleceu um paralelo entre as CTs e as lógicas de exclusão da Idade Média, como os leprosários, além da institucionalização da loucura a partir do século XVIII. Observou-se que as CTs teresopolitanas compartilham características com as demais no país, como a localização isolada e a forte influência religiosa nos tratamentos, que comprometem a autonomia, liberdade e dignidade dos internos.

O estudo também revelou que as CTs no Brasil mantêm práticas históricas de isolamento, estigmatização e controle, como a imposição religiosa, laborterapia, internação compulsória e uso indiscriminado de medicamentos. Em Teresópolis, a escassez de dados confiáveis e a falta de fiscalização das CTs refletem um problema mais amplo no sistema de saúde mental brasileiro. A pesquisa apontou a necessidade urgente de mais estudos e a ausência de informações oficiais sobre as inspeções dessas instituições.

Outro aspecto relevante foi a predominância da influência religiosa nas CTs, muitas das quais seguem doutrinas cristãs e impõem práticas moralizantes que desconsideram a subjetividade dos internos, proibindo manifestações religiosas ou comportamentais divergentes. Essas práticas incluem orações obrigatórias e repressão à diversidade sexual e de gênero, resultando em um ambiente coercitivo.

A ausência de estratégias baseadas em evidências científicas e a falta de profissionais qualificados nas CTs resultam em um uso excessivo de medicamentos para controle comportamental, replicando práticas de medicalização. Além disso, as CTs exploram as fragilidades socioeconômicas dos internos, limitando sua liberdade de movimento, impondo trabalho compulsório e privando-os de seus pertences, o que reforça o caráter punitivista e assistencialista dessas instituições.

Diante desse cenário, o trabalho destaca a necessidade de reforçar as políticas públicas de saúde mental, com foco nos direitos humanos e na inclusão social. A ampliação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a criação de mais Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo um CAPSad em Teresópolis, são essenciais para oferecer cuidados mais humanizados. A luta contra a lógica manicomial exige a mobilização de diversos setores da sociedade, visando a

transformação do modelo de cuidado e a promoção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Referências bibliográficas

- AMARANTE, P. D. C. O paradigma psiquiátrico. In: **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. p. 1-23.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.
- ATLAS ESCOLAR: **Município de Teresópolis**. Fundação Cecierj, 2020.
- BARDI, G.; GARCIA, M. L. T. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1557-1566, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.04592022>. Acesso em: 21 nov. 2024.
- BOARINI, M. **A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes**, 2020.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 09 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. Brasília, 1965.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005.
- CAMPOS, B. S. **As audiências de custódia e as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei**. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Vitória, 2022.
- CAMPOS, B. da S. et al. Audiência de custódia e seus paradoxos frente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Interface. **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, e210166, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210166>. Acesso em: 21 nov. 2024.
- CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: CEBRAP; Conectas Direitos Humanos, 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. Brasília, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Brasil. [s.d.]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/tag/comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 6, n. 1, p. 50-56, 2013.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 76-88, 2004.

EL-BAINY, E. I. Juliano Moreira: o mestre, a instituição. 1. ed. Rio de Janeiro: Memorial Professor Juliano Moreira, 2007.

FAZENDA ESPERANÇA. Portal Fazenda da Esperança. [s.d.]. Disponível em: <https://portalfazenda.org.br/fazenda-esperanca/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

FAZENDA ESPERANÇA TERESÓPOLIS - SÍTIO LIBERDADE. Facebook, 2021. Disponível em: <https://www.facebook.com/fazendateresopolis/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

FIGUEIRÊDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciências Humanas e Sociais*, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

FOUCAULT, M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRENTE DA SAÚDE MENTAL. Boletim nº 15, 2024.

FRENTE DA SAÚDE MENTAL. A Frente. [s.d.]. Disponível em: <https://frentedasaudamental.com.br/a-frente/>. Acesso em: 24 nov. 2024.

G1. Fantástico mostra denúncias de agressões e até assassinato em comunidades terapêuticas. 2024. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=etE_1wKZdOk. Acesso em: 21 nov. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Brasília: Governo Federal, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Nota técnica: perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília: Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. [s.d.]. Disponível em: <https://mapaosc.ipea.gov.br/detalhar/1242584>. Acesso em: 20 nov. 2024.

JONES, M. *The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books, 1953.

MINSKI, L. Industrial neurosis unit. *Journal of the Association of Occupational Therapists*, v. 11, n. 34, p. 30–31, 1948.

PASSOS, R. G. et al. Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Argumentum*, v. 12, n. 2, p. 125–140, 2020. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29064>. Acesso em: 21 nov. 2024.

PORTOCARRERO, V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), 2024.

QUEIROZ, V. D. C. Entre o passado e o presente: a atuação do assistente social no campo da saúde mental. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

RAHAL, A. O. *Reminiscências de Teresópolis*. Edição do autor, 1987.

SANTOS, L. T. V. A relação intrínseca entre doença mental e moral sob a ótica de Michel Foucault. *Revista Científica Semana Acadêmica*, 2015.

SANTOS, R. P. Magé: a terra do Dedo de Deus. Edição do autor, 1953.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC, 2002.

TOMAZ, K.; HONÓRIO, G. **Funcionário de clínica preso por tortura e morte de paciente confessa crime e diz que outras pessoas participaram de agressões**. G1, 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/07/10/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

UNEM – UNIÃO DE MILITARES EVANGÉLICOS DA MARINHA. **Monte da Paz**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.umem.org.br/umemmonte-da-paz/>. Acesso em: 21 nov. 2024.