

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE DIREITO ECONÔMICO E DO TRABALHO

Michele Rasche

**NA CONTRAMÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: uma análise da
regulamentação e do financiamento público de comunidades terapêuticas**

Porto Alegre

2023

Michele Rasche

**NA CONTRAMÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: uma análise da
regulamentação e do financiamento público de comunidades terapêuticas**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharela em Ciências
Jurídicas e Sociais da Faculdade de Direito
da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Orientadora: Kelly Lissandra Bruch.

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Rasche, Michele

NA CONTRAMÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: uma análise da regulamentação e do financiamento público de comunidades terapêuticas / Michele Rasche. -- 2023. 103 f.

Orientadora: Kelly Lissandra Bruch.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Direito, Curso de Ciências Jurídicas e Sociais, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Política Pública. 2. Movimento Antimanicomial. 3. Saúde Mental. I. Bruch, Kelly Lissandra, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Michele Rasche

**NA CONTRAMÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: uma análise da
regulamentação e do financiamento público de comunidades terapêuticas**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharela em Ciências
Jurídicas e Sociais da Faculdade de Direito
da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Orientadora: Kelly Lissandra Bruch

Porto Alegre, 30 de agosto de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Kelly Lissandra Bruch

Professora Doutora Simone Tassinari Cardoso Fleischmann

Professor Doutor Ricardo Antônio Lucas Camargo

AGRADECIMENTOS

Felizmente, a minha trajetória é compartilhada com pessoas extraordinárias, para as quais eu dedico este trabalho com profunda gratidão:

Aos meus amados pais, Célia Reginaldo Rasche e Jadir Heitor Rasche, por sempre me incentivarem a ser curiosa, a estudar com afinco e a conhecer a grandiosidade do mundo. Agradeço imensamente pelo suporte, pelo amor e pela doação de vocês para que, hoje, eu pudesse fazer as minhas escolhas.

Aos meus avós, Marlene Schneider Reginaldo, Noeli Wasem Rasche, Valdemar Rodrigues Reginaldo e Hélio Hedcho Rasche. Sem a força de vocês e sem o incentivo pelo estudo, eu certamente não teria escrito este trabalho. Obrigada por terem feito a diferença na história das nossas famílias.

Ao meu namorado e colega de Graduação, Fernando Umpierre Pedroso, que segurou minha mão, me abraçou no desespero e injetou coragem no meu olhar. De forma muito especial, estendo esse agradecimento à família Umpierre-Pedroso que generosamente esteve presente nos meus dias.

Aos meus amigos e as minhas amigas de Graduação, em nome da Taynele Abreu, do Vinicius Bassotto e do Otávio Tucarti, pelas incontáveis chamadas de vídeo, pelos trabalhos em grupo, pelos cafés compartilhados e, acima de tudo, por termos nos fortalecido em coletivo em meio aos desafios.

As minhas queridas amigas, Sofia Zorn, Catarina Zorn, Júlia Altenhofen, Eduarda Lopes, Gabriela Reis e Giullia Ramella, por serem vínculos constantes que tornam a minha caminhada mais leve e prazerosa.

A Franciele Tailene Marco, por todas as semanas escutar atentamente as minhas histórias, elaborar minhas singularidades e abraçar minha narrativa.

Ao Programa de Estudos e Prática em Negociação da UFRGS, em especial, a Isadora Rodrigues, a Isamara Scheid, a Maria Eduarda Grando, a Mariana Seares e a Larissa Andrade, pela construção de um vínculo baseado em dedicação e respeito.

Ao Grupo Antimanicomial de Atenção Integral do SAJU, pelas vivências e pelos aprendizados contínuos.

Aos professores e as professoras que compartilharam seus conhecimentos e reflexões comigo. Em especial, a minha orientadora, professora Kelly Lissandra Bruch, pela coragem de ser interdisciplinar e pelo acolhimento durante o processo de pesquisa.

A loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam. (Foucault, 1999, p. 149).

RESUMO

Se, por um lado, a Lei da Reforma Psiquiátrica redirecionou o modelo do asilar para o assistencial em saúde mental, por outro lado, as comunidades terapêuticas (CTs) tornaram-se políticas públicas relevantes durante os últimos anos no Brasil. Desse modo, faz-se necessário examinar como se dá a regulamentação e o financiamento público dessas entidades. Para tanto, esta pesquisa buscou (i) compreender a história da loucura e das transições de modelos de cuidado em saúde mental no Brasil, (ii) examinar a regulamentação das comunidades terapêuticas no Brasil no âmbito das políticas públicas aplicadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, (iii) analisar como se estabelece o financiamento público de vagas alocadas em comunidades terapêuticas nos níveis federal, estadual e municipal e (iv) identificar quais outras formas de cuidados aplicadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas são regulamentadas na legislação brasileira. A base metodológica da pesquisa tem caráter exploratório e descritivo, semelhante à técnica de *snowball sampling*, além de utilizar questionários estruturados encaminhados por meio de Pedido de Acesso à Informação. Os resultados obtidos são: (i) trinta e seis normativas que regulamentam as CTs, (ii) gastos federais com programas envolvendo CTs, estimados em R\$ 1.854.336.703,36, entre 2020 e meados de 2023, (iii) gastos do Rio Grande do Sul com CTs, estimados em R\$ 29.487.015,40, entre 2018 e meados de 2023, e (iv) gastos do Município de Porto Alegre, estimados em R\$ 8.567.360,55, destinados a duas CTs, entre 2018 e meados de 2023. Por fim, conclui-se que há desafios enfrentados quanto à indefinição da natureza das CTs, à falta de informações precisas dos valores destinados a essas entidades e à variedade de serviços disponíveis para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: política pública; Movimento Antimanicomial; saúde mental.

ABSTRACT

If, on one hand, the Brazilian Psychiatric Reform Act redirected the asylum model towards mental health care, on the other hand, the therapeutic communities have become relevant public policies in Brazil over recent years. Therefore, it is necessary to examine how the regulation and public funding of these Brazilian entities are carried out. Hence, this study aims to: (i) understand the history of madness and the transitions in mental health care models in Brazil, (ii) examine the regulation of therapeutic communities in Brazil within the scope of public policies applied to individuals with needs stemming from alcohol and substance use, (iii) analyze how public funding for vacancies allocated in therapeutic communities is established at the federal, state and municipal levels and (iv) identify other forms of care for individuals with needs arising from alcohol and substance use that are regulated by Brazilian legislation. The current study adopts an exploratory and descriptive methodological approach, akin to the snowball sampling technique, in addition to using structured questionnaires sent through request for access to information. The results consist of: (i) thirty-six rules that govern therapeutic communities, (ii) federal expenditures on programs involving therapeutic communities estimated at R\$ 1,854,336,703.36, between 2020 and mid-2023, (iii) Rio Grande do Sul's expenses on therapeutic communities estimated at R\$ 29,487,015.40, between 2018 and mid-2023, and (iv) the amount of R\$ 8,567,360.55 paid to two therapeutic communities by the City of Porto Alegre, between 2018 and mid-2023. In conclusion, challenges persist regarding the conceptualization of therapeutic communities, the lack of precise information about the funds allocated to these entities and the variety of services available for individuals with needs arising from the use of alcohol and other drugs.

Keywords: public policy; Anti-asylum Movement; mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Quadro normativo de regulamentação das comunidades terapêuticas no Brasil entre 2001 e 2023	41
Quadro 2 - Estimativa de gastos federais com CTs a partir do PPA 2020-2023.....	71
Quadro 3 - Atenção Psicossocial Estratégica - Centro de Atenção Psicossocial	81
Tabela 1 - Gastos federais ^a (FUNAD) com CTs, 2010-2019.....	66
Gráfico 1 - Financiamento federal de CTs (2017-2020) em milhões de reais ajustados para o valor de 2020.	68
Gráfico 2 – Estimativa de valores pagos e retidos a CTs pelo Estado do Rio Grande do Sul entre 2015 e agosto de 2023	76
Figura 1 - Programa 5032 inserido no Plano Plurianual 2020-2023.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBAS	Certificado das Entidades Beneficentes de Assistência Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CSIPS	Coordenação de Serviços de Interesse para Saúde
CTs	Comunidades Terapêuticas
FDS	Fundo Nacional de Saúde
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRP	Lei da Reforma Psiquiátrica
LOA	Lei Orçamentária Anual
MPF	Ministério Público Federal
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PPA	Plano Plurianual
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SENAD	Secretaria Nacional de Política sobre Drogas
SENAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SISCT	Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONCEPÇÕES HISTÓRICAS SOBRE A LOUCURA E A LÓGICA ANTIMANICOMIAL	16
	2.1 A história da loucura: um voo rasante sobre o passado-louco	16
	2.2 A desinstitucionalização e a luta antimanicomial brasileira	24
3	AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: ORIGEM, CARACTERÍSTICAS E REGULAMENTAÇÃO	31
	3.1 A origem das comunidades terapêuticas e suas características centrais.....	31
	3.2 A regulamentação das comunidades terapêuticas no Brasil: um mapeamento das principais normativas	38
4	O FINANCIAMENTO PÚBLICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NOS NÍVEIS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL	62
	4.1 O financiamento público das comunidades terapêuticas no âmbito federal ...	62
	4.1.1 Estudos recentes sobre o financiamento público federal de comunidades terapêuticas no Brasil	64
	4.1.2 O financiamento público federal de comunidades terapêuticas: valores estimados entre os anos de 2020 e 2023.....	69
	4.2 O financiamento público das comunidades terapêuticas pelo Estado do Rio Grande do Sul.....	73
	4.3 O financiamento público das comunidades terapêuticas pelo Município de Porto Alegre	77
5	OUTRAS POSSIBILIDADES DE CUIDADO ÀS PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS	80
6	CONCLUSÃO	86
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE A – Questionário enviado para o Governo do Estado do Rio Grande do Sul:	101
	APÊNDICE B – Questionário enviado para o Município de Porto Alegre	102

1 INTRODUÇÃO

“Os manicômios hoje se chamam comunidades terapêuticas” afirma Fábio Belloni, fundador da Associação Brasileira de Saúde Mental e da Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos¹. Além dessa frase, Rafael Wolski de Oliveira e Analice de Lima Palombini dizem que “tomar tais locais [comunidades terapêuticas] como principais dispositivos de tratamento pode ser considerado [...] uma das faces da necropolítica e da colonialidade ainda vigentes, que ganham mais força nos últimos anos em nosso país”². Nessa perspectiva, no 17 de maio de 2023, a Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família da Câmara dos Deputados se reuniu para discutir sobre o financiamento público às comunidades terapêuticas, visto que houve um aumento de 182% nas emendas parlamentares destinadas a essas entidades recentemente³.

As comunidades terapêuticas “representam um entre vários modelos de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ou drogas), presentes no Brasil e em outros países”⁴. Nesse sentido, ressalta-se o relatório apresentado pela *Vital Strategies* e pela Universidade Federal de Pelotas publicado em 2022. Os resultados obtidos demonstram que um quinto dos entrevistados (20,6%) relatou consumo abusivo de bebidas alcoólicas⁵. Outro dado relevante foi apresentado pelo III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Esse estudo, divulgado em 2019, indicou que a prevalência de usuários, entre 12 a 65 anos, de maconha, de usuários de

¹ BELLONI, Fábio. ‘Os manicômios hoje se chamam comunidades terapêuticas’. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Rio de Janeiro, 01 jul. 2022. Entrevista concedida a André Nunes. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-manicomios-hoje-se-chamam-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 20 ago. 2023.

² PALOMBINI, Analice de Lima; OLIVEIRA, Rafael Wolski de. Desafios antimanicomiais e a questão das comunidades terapêuticas. In: OLIVEIRA, Rafael Wolski de, et al (org). **Luta antimanicomial e os 30 anos da lei estadual da reforma psiquiátrica – RS: em defesa ao cuidado em liberdade**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2022. p. 119.

³ ESPECIALISTAS em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas. **Câmara dos Deputados**, Brasília, 18 mai. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/963381-especialistas-em-saude-defendem-fim-do-financiamento-publico-as-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 20 ago. 2023.

⁴ IPEA. **Nota técnica n. 21, de março de 2017**. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 10 jun. 2023. p. 8.

⁵ VITAL STRATEGIES et al. **Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em tempos de pandemia**. São Paulo: 2022. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/Covitel-Inque%CC%81rito-Telefo%CC%82nico-de-Fatores-de-Risco-para-Doenc%CC%A7as-Cro%CC%82nicas-na%CC%83o-Transmissi%CC%81veis-em-Tempos-de-Pandemia.pdf>. Acesso em: 28 ago 2023. p. 23.

substâncias ilícitas (exceto maconha) e de usuários de crack e/ou similares é de 3,1%, 1,9% e 1,1% da população, respectivamente⁶.

Frente a esse contexto, ecoam vários questionamentos que fundamentam este trabalho. Entre eles, destacam-se alguns. O que são manicômios? O que são comunidades terapêuticas (CTs)? Por que alguns especialistas, como os supramencionados, consideram as CTs os novos manicômios? Quais as normas que regulamentam as CTs? Como ocorre o financiamento público de CTs? Quais são as outras possibilidades de cuidado para quem faz uso ou é dependente de substâncias psicoativas? Esse conjunto de perguntas nortearam o processo de amadurecimento da trajetória do estudo e resultaram no seguinte problema de pesquisa: como se dá a regulamentação e o financiamento público das comunidades terapêuticas no Brasil?

Diante desse questionamento, destaca-se que o objetivo geral deste estudo é compreender a regulamentação e o financiamento público das comunidades terapêuticas brasileiras. Dessa forma, o trabalho é elaborado a partir de quatro objetivos específicos. O primeiro objetivo é compreender a história da loucura e das transições de modelos de cuidado em saúde mental no Brasil. O segundo objetivo é examinar a regulamentação das comunidades terapêuticas no Brasil no âmbito das políticas públicas aplicadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O terceiro objetivo é analisar como se estabelece o financiamento público de vagas alocadas em comunidades terapêuticas nos níveis federal, estadual e municipal. O quarto objetivo é identificar quais outras formas de cuidado aplicadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas são regulamentadas na legislação brasileira.

Para implementar esses objetivos apresentados, utiliza-se a metodologia exploratória e descritiva relativamente ao objeto estudado. A exploração se deu por meios semelhantes à técnica metodológica denominada de *snowball sampling*, conhecido como Bola de Neve. Essa técnica foi apresentada por Coleman⁷ e Goodman⁸ e é considerada não-probabilística ou de conveniência, tendo em vista que

⁶ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 28 ago. 2023. p. 2016.

⁷ COLEMAN, James Samuel. Relational analysis: the study of social organizations with survey methods. **Human organization**, 1958, vol.17 n.4. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/44124097>. Acesso em 24 ago 2023. p. 28–36.

⁸ GOODMAN, Leo Aria. Snowball sampling. The annals of mathematical statistics. **Institute of Mathematical Statistics**, vol. 32, n. 1, 1961. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2237615>. Acesso em: 24 ago 2023. p. 148–170.

geralmente é utilizada para amostras raras e desconhecidas, ou seja, de difícil seleção. A aplicação desse método consiste em encontrar uma “semente” - aquilo que dá origem a todo restante da amostragem⁹. A partir dessas sementes, formam-se “ondas” até que todo processo atinja um resultado desejado ou saturado. Embora a técnica de Bola de Neve se refira à amostragem, este trabalho exploratório consiste em investigar o objeto de estudo por meio de cadeias de referências, a fim de coletar a maior quantidade de informações possíveis¹⁰. Essa similaridade é aprofundada a seguir em relação aos métodos empregados no terceiro e no quarto capítulo desta pesquisa.

Nesse sentido, quanto ao terceiro capítulo deste estudo sobre a regulamentação de CTs, optou-se por iniciar a análise das normas a partir de 2001 em face da Lei da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, foram coletados dados em revisões bibliográficas não sistematizadas. Em seguida, examinou-se cada normativa encontrada e sua implicação para o objeto de estudo. Com base nesse apanhado inicial de normativas, foi possível localizar outras normativas até que o quadro estivesse finalizado. A conclusão do Quadro 1 é fundamentada em um recorte temporal, na medida em que são indicadas as normativas publicadas até meados de 2023.

A respeito do quarto capítulo deste trabalho, a exploração do objeto de estudo ocorreu por meio de duas principais vias. A primeira via consistiu na busca por Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias referentes aos anos de 2020 a 2023 no nível federal. Posteriormente, pesquisou-se no Portal da Transparência da Controladoria-Geral da União os valores referentes às despesas do programa finalístico relativo ao objeto de estudo. Por último, organizaram-se os dados coletados no Quadro 2. A segunda via diz respeito ao envio de questionários ao Estado do Rio Grande do Sul e ao Município de Porto Alegre sobre o objeto estudado. Esse envio ocorreu por meio de Pedido de Acesso à Informação nos sites oficiais dos respectivos entes. Com base nos dados encaminhados pelos entes federativo e municipal, elaborou-se o Quadro 2 e as considerações sobre o foco dessa pesquisa.

⁹ REBOLHO, Ana Júlia Moreira. **As dimensões da biologia sintética na produção de alimentos e o papel da convergência tecnológica**. 2023. 143 f. Tese (Doutorado em Agronegócios) – Centro de Pesquisas em Agronegócios, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

¹⁰ ALBUQUERQUE, Elizabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem respondent-driven sampling na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

Assim, para atender aos objetivos deste trabalho, a estrutura é organizada em quatro partes. A primeira parte trata sobre um apanhado histórico da lógica de exclusão dos corpos considerados loucos. Em sequência, discorre-se sobre a desinstitucionalização e a luta antimanicomial, especialmente no âmbito brasileiro. A segunda parte versa sobre o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras e a regulamentação dessas entidades no Brasil. A terceira parte diz respeito ao financiamento público destinado às comunidades terapêuticas na esfera federal, estadual e municipal. A quarta parte alude sobre as outras possibilidades de cuidado às pessoas com necessidades decorrentes de uso ou de dependência de álcool ou outras drogas. Por fim, são apresentadas conclusões obtidas ao longo deste processo de pesquisa.

2 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS SOBRE A LOUCURA E A LÓGICA ANTIMANICOMIAL

Antes de iniciar o percurso de compreensão acerca da lógica que fundamenta as comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil, é preciso dar alguns passos para trás. É necessário contextualizar o entendimento sobre saúde mental e, especialmente, como essa compreensão foi se transformando ao longo do tempo. Por isso, o presente capítulo busca apresentar a trajetória de mudanças históricas em relação ao cuidado com a saúde mental e os diversos atores que fizeram parte desse percurso.

O capítulo é dividido em duas partes. A primeira parte se dedica a compreender, sucintamente, as concepções históricas da loucura de maneira mais ampla, atravessando a Idade Média até a Modernidade. A segunda parte apresenta noções sobre os movimentos sociais e sobre a luta antimanicomial até os dias atuais. A intenção desse capítulo, portanto, é de elaborar um contexto sobre a temática da qual este trabalho se trata.

2.1 A história da loucura: um voo rasante sobre o passado-louco

A história, enquanto resgate da construção de conhecimento, permite que sejam observados eventuais avanços, limitações e repetições sobre como o Estado e a sociedade enfrentam a questão das drogas¹¹. Com base nessa perspectiva, entende-se que a compreensão integral acerca da temática deste subcapítulo demandaria uma análise de diversos períodos históricos marcados por características distintas. Em virtude da limitação deste trabalho, dada a sua natureza, faz-se necessário escolher um marco temporal que auxilie na presente discussão, sem pretensão de exaurir o assunto. O que se propõe é, em síntese, apresentar uma contextualização sumária para auxiliar no entendimento sobre os próximos capítulos.

Nesse sentido, este trabalho toma como norte Michel Foucault e, em especial, sua obra intitulada de “História da Loucura na Idade Clássica”¹². Em termos gerais, o referido livro trata sobre a compreensão das estruturas de exclusão dos corpos por

¹¹ BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p. 1234.

¹² FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

meio da loucura e descreve as modificações dessas estruturas ao longo do tempo¹³. Em vista disso, é viável pensar que Foucault não traçou a história da doença mental em si e tampouco dos hospícios, mas da exclusão social e, especialmente, da internação¹⁴. Foucault afirma que, durante a Idade Média, a exclusão atingia o leproso ou o herético, enquanto que, durante os séculos XVII e XVIII, a exclusão dos corpos ocorria por meio dos hospitais gerais, chamados de *Zuchthaus* ou *work-house*, ambos derivados do leprosário¹⁵.

Ao traçar essa relação entre exclusão social e a experiência da loucura, Foucault assevera que a loucura somente é encontrada em sociedades, visto que é inexistente se estiver fora de normas que a isolem e de formas repulsivas que a excluam¹⁶. Por isso, o autor afirma que “a loucura sempre foi, em todos os tempos, excluída”¹⁷.

Em seu trabalho, Foucault divide os domínios das atividades humanas em quatro categorias: (i) trabalho; (ii) sexualidade ou família; (iii) linguagem ou comunicação; e (iv) festas e jogos¹⁸. Em seguida, o autor destaca que, em todas as sociedades, existem pessoas com comportamentos diferentes umas das outras, visto que se distanciam de algum dos domínios e se caracterizam como indivíduos marginais¹⁹. Entretanto, aqueles que diferem em todos os domínios são, em quase todas as sociedades, considerados loucos. Em função disso, essas pessoas recebem diferentes status sociais, seja religioso, mágico ou patológico²⁰. Com isso, o que Foucault busca mostrar é, sobretudo, que o status social do louco não mudou na sociedade moderna industrial, na medida em que permanece recebendo um caráter marginal²¹.

¹³ PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, out.-dez. 2013, p. 1516.

¹⁴ VEIGA-NETO, Alfredo; MUCHAIL, Salma T.; FONSECA, Márcio Alves da. **O mesmo e o outro? 50 anos de História da loucura**. São Paulo: Grupo Autêntica, 2013. *E-book*. ISBN 9788582171097. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582171097/>. Acesso em: 01 jun. 2023. p. 19.

¹⁵ FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. p. 149.

¹⁶ *Ibidem*, p. 150.

¹⁷ *Ibid*, p. 235.

¹⁸ *Ibid*, p. 236.

¹⁹ *Ibid*.

²⁰ *Ibid*, p. 237.

²¹ *Ibid*.

A partir dessa perspectiva, Foucault inicia a história contando que a loucura esteve presente entre as pessoas cotidianamente durante o período da Idade Média e depois do Renascimento²². Era comum que se tolerasse a presença de pessoas que se comportavam diferente - mostravam-se instáveis ou letárgicas -, permitindo que vagassem pelo território²³. À época, também era costume lidar com a loucura por meio de métodos religiosos, como o exorcismo²⁴.

Avançando na história, entre a Alta Idade Média e o fim das Cruzadas, o número de leprosários se multiplicou²⁵. Esses estabelecimentos hospitalares, após o desaparecimento da lepra, foram logo repovoados pelos chamados “incuráveis” ou “loucos”²⁶. Assim, o Renascimento assistia ao início da exclusão da loucura, apagando-a da memória²⁷. Em 1656, Louis XIV decretou a fundação do Hospital Geral de Paris²⁸. O local era destinado para os ditos curáveis e incuráveis, fossem ou não encaminhados pelas autoridades judiciárias. Entretanto, o Hospital Geral estava distante de ser uma proposta médica, uma vez que se apresentava como “estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que [...] decide, julga e executa”²⁹. Nessa instituição, o louco não era percebido na sua individualidade de modo a justificar uma terapêutica própria voltada para sua dor e seu sofrimento. Por isso, acredita-se que o Hospital Geral não pode ser considerado a origem do hospital terapêutico, na medida em que se percebia o louco, mas se deduzia a sua loucura³⁰.

²² FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. p. 150.

²³ FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 34.

²⁴ PUPP, Bettina Pereira. **DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO MEDIDA SUBSIDIÁRIA ÀS MEDIDAS EXTRA-HOSPITALARES: da superação do paradigma manicomial**. 2019, 105 f. Trabalho de Conclusão – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. p. 12.

²⁵ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2019. p. 29.

²⁶ *Ibidem*, p. 33.

²⁷ VEIGA-NETO, Alfredo; MUCHAIL, Salma T.; FONSECA, Márcio Alves da. **O mesmo e o outro? 50 anos de História da loucura**. São Paulo: Grupo Autêntica, 2013. *E-book*. ISBN 9788582171097. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582171097/>. Acesso em: 27 jul. 2023. p. 16.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2019. p. 99.

³⁰ VEIGA-NETO, Alfredo; MUCHAIL, Salma T.; FONSECA, Márcio Alves da. **O mesmo e o outro? 50 anos de História da loucura**. São Paulo: Grupo Autêntica, 2013. *E-book*. ISBN 9788582171097. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582171097/>. Acesso em: 27 jul. 2023. p. 87.

Na ordem médica, dor e sofrimento físico e mental eram desafios a serem conhecidos e dominados, embora ainda não fosse possível separar o louco da sua loucura³¹.

Em mais um avanço no tempo, no período considerado Idade Clássica por Foucault, entre os séculos XVII e XVIII, ocorre a internação dos loucos, visto que eram considerados transgressores das normas sociais e, portanto, poderiam ser perigosos³². Nessa perspectiva, Foucault identifica razões externas e internas para os deslocamentos sociais que motivaram a individualização da loucura e a necessidade de espaços asilares para confiná-la e tratá-la³³. Externamente, as razões atribuídas por ele dizem respeito às transformações na ordem econômica da sociedade e na organização do Estado, especialmente quanto à assistência social, à polícia e aos tribunais de justiça³⁴.

Internamente, Foucault remete esses deslocamentos à resistência da burguesia em associar os loucos aos criminosos, o que, posteriormente, enseja a revolução psiquiátrica do século XIX³⁵. Foucault ainda explica que a inaptidão ao trabalho era considerada um dos aspectos para caracterizar a loucura em um indivíduo³⁶. No mesmo sentido corrobora Freud quando diz que a loucura impede o louco de trabalhar e de amar³⁷. Em razão disso, em uma sociedade industrial que se centrava cada vez mais no trabalho, todos aqueles que não podiam laborar tornaram-se passíveis de internação³⁸. Nessa perspectiva, a sociedade industrial, além de não tolerar a presença dos loucos, igualmente não admitia a existência de velhos, doentes, desempregados, ociosos ou prostitutas. Assim, Foucault afirma que, de aproximadamente quinhentos mil habitantes parisienses, seis mil passaram por internações à época³⁹.

No final do século XVIII, em 1793, Philippe Pinel libertou os loucos na França. Na mesma época, William Tuke, na Inglaterra, cria um hospital psiquiátrico.

³¹ VEIGA-NETO, Alfredo; MUCHAIL, Salma T.; FONSECA, Márcio Alves da. **O mesmo e o outro? 50 anos de História da loucura**. São Paulo: Grupo Autêntica, 2013. *E-book*. ISBN 9788582171097. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#!/books/9788582171097/>. Acesso em: 27 jul. 2023. p. 88

³² *Ibidem*, p. 16.

³³ *Ibid*, p. 88.

³⁴ *Ibid*, p. 16

³⁵ *Ibid*.

³⁶ FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 34.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Ibid*.

³⁹ FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. p. 240.

Tradicionalmente, considera-se que Pinel e Tuke foram os primeiros a qualificar o louco como doente, abandonando o tratamento de criminoso que antes era conferido. Foucault, no entanto, critica esse ponto de vista. Para o autor, tanto na Idade Média quanto na Modernidade, um status universal foi atribuído ao louco. A diferença reside no fato de que, até o século XIX, pertencia à família o direito de pedir pela internação de uma pessoa considerada louca. Posteriormente, a internação passou a ser prerrogativa médica.

Em relação ao que se considera a libertação dos loucos por Pinel, posteriormente conhecido como o “pai da Psiquiatria”, Foucault tece severas críticas. Nessa linha, o autor assevera que o que de fato ocorreu foi a libertação de pessoas enfermas, velhas, ociosas, a fim de servirem como reserva de força de trabalho. Todavia, as pessoas que não podiam trabalhar - ou por razões físicas ou por razões não corporais - permaneceram asiladas. Assim, os estabelecimentos que serviam de confinamento da loucura se tornaram hospitais psiquiátricos voltados para o tratamento de distúrbios mentais. A Medicina se ocupava desse novo objeto de estudo, do qual se origina a Psiquiatria e a medicalização do louco⁴⁰. Nesse sentido, a medicalização diz respeito à instituição de um status jurídico, social e civil de alienado ao louco, sob o olhar médico, ainda em minoridade social⁴¹.

A conclusão de Foucault é de que essa captura do louco pela Medicina ocorreu tardiamente em termos históricos. Ainda, o autor entende que essa medicalização do louco foi fruto de motivações econômicas e sociais da sociedade industrial capitalista, que começa a associar o louco à doença mental. Assim, Foucault adverte que o status do louco não varia entre sociedades, posto que permanece excluído ou marginalizado mediante novas estruturas que o cercam⁴².

Nessa ótica hospitalocêntrica, ganha importância a compreensão sobre as denominadas instituições totais. Acerca do tema, destaca-se Erving Goffman, escritor da obra “Manicômios, Prisões e Conventos”⁴³. O autor define uma instituição total como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com

⁴⁰ FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. p. 241.

⁴¹ AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, nov.-dez., 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em: 27 jul. 2023. p. 1094

⁴² FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. p. 242

⁴³ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”⁴⁴. No primeiro capítulo do livro, o autor apresenta as características dessas instituições e utiliza dois exemplos: os hospitais para doentes mentais e as prisões. Entre as cinco instituições totais que Goffman enumera, encontram-se os manicômios, ou seja, “locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional”⁴⁵.

Para explicar a definição de manicômio como uma instituição total, Goffman parte de duas premissas. A primeira premissa é que, na sociedade moderna, as pessoas dormem, brincam e trabalham. A segunda premissa do autor é que as pessoas realizam essas atividades em diferentes locais, com diferentes participantes, sob o poder de autoridades distintas e sem estabelecerem um plano racional para execução dessas atividades.

Ocorre que as instituições totais rompem essa lógica que separa esses três aspectos da vida: dormir, brincar e trabalhar. Primeiro, em uma instituição total, todas as atividades são realizadas em um mesmo local sob a vigília de apenas uma autoridade. Segundo, as atividades são realizadas em grandes grupos de pessoas, todas forçadas a realizarem o mesmo conjunto de tarefas. Terceiro, as atividades são executadas em horários rigidamente estabelecidos pela instituição e são supervisionadas pela equipe de funcionários. Quarto, as atividades são organizadas em um plano racional cujo objetivo é atender à proposta da instituição, e não do internado⁴⁶.

Assim como descreve Foucault, Goffman sustenta que, na segunda parte do século XVIII, iniciou-se uma espécie de mandado médico sobre pessoas transgressoras das atividades consideradas comuns. Ocorreram alterações, inclusive, na linguagem. Adotou-se a denominação de “pacientes” para as pessoas internadas e de “hospital psiquiátrico” para os manicômios. Goffman explica que “assim como qualquer pessoa no sistema social pode ter um apêndice inflamado, também qualquer pessoa pode manifestar uma das síndromes psiquiátricas básicas”. Isso é conhecido como o fenômeno da neutralização, em que postulados gerais da psiquiatria poderiam

⁴⁴ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974. p. 11.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 16.

⁴⁶ *Ibid*, p. 17.

ser aplicados a qualquer pessoa, independentemente de sexo, idade, grupo racial, religião, classe social⁴⁷.

Por meio desse modelo médico, Goffman traça como seria o adoecimento mental de um indivíduo. Como exemplo, o autor afirma que um indivíduo pode sentir que há “algo de errado” consigo ou que, até mesmo, outras pessoas podem apontar “algo de errado” com ele. Esse indivíduo, depois de diversas indicações, voluntária ou involuntariamente, consulta um médico psiquiatra. O profissional reúne uma série de informações em um prontuário, dá um diagnóstico ao caso e elabora uma receita médica em que sugere uma linha de tratamento para o “problema” do, agora, paciente. Depois, ou o paciente se cura ou a patologia avança. O que se faz, portanto, é a reunião de comportamentos socialmente inconcebíveis com uma patologia orgânica concreta, aplicando-se perfeitamente o modelo médico⁴⁸.

Ocorre que o encontro com médicos dos hospitais psiquiátricos tende a produzir um efeito alienador⁴⁹. Isso porque o paciente não realiza o percurso da patologia - da qual se trata e depois se esquece, como no caso de um apêndice inflamado. Além do próprio paciente, o público geral, seja por meio das relações de emprego ou pelas relações familiares, passa a considerar o indivíduo como um ser às margens, um doente estigmatizado. Goffman afirma, por fim, que a estadia do paciente no hospital psiquiátrico pode ser muito longa e carrega um efeito estigmatizador grande, o que o impede de voltar facilmente para seu círculo social devido à alienação que sofre em relação à sociedade civil⁵⁰.

Após a Segunda Guerra Mundial, a Psiquiatria sofreu grandes transformações. Nesse cenário de intensas críticas às estruturas manicomiais e de fortalecimento de ideais voltados aos direitos humanos, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, articulou fortes alterações no contexto da saúde mental através do seu movimento de Psiquiatria Democrática⁵¹. O italiano desafiou o saber médico à época e propôs a superação do modelo manicomial. A partir do paradigma clássico psiquiátrico, a loucura era traduzida como doença, para a qual se oferecia tratamento e assistência,

⁴⁷ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974. p. 285.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 286.

⁴⁹ *Ibid*, p. 288.

⁵⁰ *Ibid*, p. 289.

⁵¹ KANTORSKI, Luciane Prado, *et al.* Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 11, n. 2, 2021. p. 3.

distanciando o doente da sociedade e a loucura do próprio sujeito⁵². Em contrapartida, o lugar ideal de habilitação ou reabilitação social é o espaço da cidade, em que é possível tecer relações com as atividades culturais e econômicas⁵³.

Em 1978, o Parlamento da Itália promoveu a extinção dos hospitais psiquiátricos no país, substituindo-os por serviços de saúde territoriais⁵⁴. Esse movimento impulsionou, posteriormente, a aprovação da Lei Federal n. 10.216/2001⁵⁵ no Brasil, que, embora não tenha extinguido manicômios, reduziu o número de leitos nos hospitais psiquiátricos e ensejou a criação de serviços de saúde nas comunidades⁵⁶. Isso porque, na década de 1970, a política de saúde mental brasileira se baseava na aquisição de leitos em hospitais psiquiátricos e em clínicas privadas. Esse cenário é modificado a partir de fortes movimentos denominados antimanicomiais, pautados no ideal de desospitalização e em políticas públicas de saúde mental em um modelo territorial que garantem direitos fundamentais de liberdade e de autonomia⁵⁷.

No centro dos movimentos de desospitalização e de reforma psiquiátrica, encontra-se a necessidade de desmontar a visão clínica psiquiátrica tradicional. Para isso, é imprescindível redefinir o conceito de sofrimento mental com base nos questionamentos sobre o que é doença ou transtorno mental, de forma a não reduzir esses conceitos a paradigmas médicos, psicológicos ou sanitários. Desse modo, a compreensão sobre as novas formas de lidar com a loucura está fundamentada na seguinte lógica:

O lugar da “cura” e da “reabilitação” não é mais a instituição de tratamento nem o serviço de saúde, ainda que a assistência pública em serviços abertos seja fundamental para a mudança nos modos de cuidado e fortalecimento dos dispositivos e estratégias de atenção psicossocial. **O lugar de emancipação e da autonomia, entendidas como realidades dinâmicas a serem construídas, é a cidade, as relações sociais possíveis no espaço da cidade, nos espaços de convivência coletiva, nos espaços de**

⁵² AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 46-47.

⁵³ AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, nov.-dez., 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em: 27 jul. 2023. p. 1098

⁵⁴ KANTORSKI, Luciane Prado, *et al.* Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 11, n. 2, 2021. p. 3

⁵⁵ BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 29 mai. 2023.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ CORREIA, Ludmila Cerqueira; JUNIOR, José Geraldo de Souza. O Movimento Antimanicomial como sujeito de direito. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2020, p. 1629.

participação social, nos grupos sociais diversos e na busca de cuidado integral e acesso a políticas públicas. Isto é, promover o direito ao lazer e ao trabalho, o direito à cultura, os espaços de militância, o direito à saúde, educação, moradia, alimentação, mobilidade social, e a uma cidade sustentável e com mais equidade para os sujeitos em sua diversidade⁵⁸. (Grifado).

O conceito de cura e de tratamento são substituídos por uma concepção complexa, tendo em vista a insuficiência de um diagnóstico psicopatológico frente às diversas possibilidades de existências dos sujeitos. Assim, a visão médico-psiquiátrica cede espaço a emancipação terapêutica, entendida como prerrogativa de autonomia e cidadania ativa dos indivíduos. A respeito da emancipação dos sujeitos marginalizados, cumpre ressaltar que oferecer autonomia significa não apenas dar acesso a serviços e políticas de saúde institucionalizadas, mas também produzir vida com redes de suporte social em espaços de convivência comuns⁵⁹.

2.2 A desinstitucionalização e a luta antimanicomial brasileira

O manicômio, denominado de instituição total por Goffman, “reforça estigmas, fragiliza e produz rupturas de vínculos afetivos e sociais nos contextos de vida da pessoa internada”⁶⁰. Basaglia os define como locais em que há relação de opressão e de violência entre aqueles que detêm o poder e aqueles que não o detêm, sendo os segundos excluídos pelos primeiros⁶¹. Uma vez inseridos nesse complexo processo, os manicômios exercem um papel de exclusão dos sujeitos loucos, tal como afirma Foucault. Entretanto, essa exclusão não permanece restrita a uma estrutura física, tendo em vista que se propaga como uma lógica inserida na sociedade. Essa lógica repercute através do processo da institucionalização do sujeito que, muitas vezes, é esvaziado de si em virtude da longa permanência em hospitais psiquiátricos, cujo alicerce é o autoritarismo e a coerção⁶².

⁵⁸ AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, nov.-dez., 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em: 27 jul. 2023. p. 1095.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 1096.

⁶⁰ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, **Desinstitute**, 2023, 130P. ISBN 978-65-996043-1-7. p. 12.

⁶¹ BASAGLIA, F. As instituições de violência. In: BASAGLIA, F. (org.). **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 101.

⁶² NICÁCIO, Maria Fernanda de Silveiro. **Utopia da realidade: contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2003. Tese (Doutorado em

Foucault, Goffman e Basaglia, em linhas gerais, apontam que as instituições com características asilares - os manicômios - pouco contribuem como lugares de cuidado em saúde mental. Pelo contrário, historicamente, são entidades de controle que têm como foco a privação da liberdade, o excesso de medicalização e de regramentos excessivamente rígidos do cotidiano daqueles que estão lá internados⁶³. Inclusive, entre as violações que homens e mulheres sofrem nesses locais, há um maior índice de violações contra as mulheres, o que demonstra a existência de “um forte marcador de violência de gênero”⁶⁴.

Em meio a essas circunstâncias, “a desinstitucionalização se consolida como um processo permanente, crítico e inventivo”⁶⁵. Nesse sentido, Amarante sustenta que a desinstitucionalização não se refere apenas a questões técnicas, a estruturas físicas e a terapias, mas também a “um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”⁶⁶. Dessa forma, os preceitos que embasam a desinstitucionalização no Brasil e a implementação de uma política nacional de saúde são referentes à afirmação da cidadania das pessoas com transtornos mentais e também à superação do modelo manicomial ou asilar para o modelo de atenção psicossocial⁶⁷.

A superação dos manicômios, experiência conhecida como Reforma Psiquiátrica, é um “processo político e social complexo, composto por diferentes atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos [...], marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios”⁶⁸. Dessa forma, não basta a extinção das estruturas físicas asilares, mas também é necessário dismantelar o conjunto de práticas sociais, culturais e científicas que sustentam a lógica manicomial. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica brasileira é constituída em um cenário de movimentos populares favoráveis à redemocratização do país que clamava por

Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. p. 108.

⁶³ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, **Desinstitute**, 2023, 130P. ISBN 978-65-996043-1-7. p. 37

⁶⁴ *Ibidem*, p. 38.

⁶⁵ *Ibid*, p. 12

⁶⁶ AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, n. 1, v. 1, jan-abr, 2009. p. 34.

⁶⁷ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, **Desinstitute**, 2023, 130P. ISBN 978-65-996043-1-7. p. 12

⁶⁸ *Ibidem*, p. 6.

participação política⁶⁹. Na prática, o que se propunha era a implementação de uma rede de serviços complexa em saúde mental, pautada no modelo territorial e no cuidado em liberdade, que substituísse o hospital psiquiátrico⁷⁰.

Vários episódios fortaleceram a organização de parte da sociedade civil que idealizou a Reforma Psiquiátrica brasileira. Entre eles, ressalta-se a demissão massiva de profissionais do Ministério da Saúde frente às denúncias de tratamento desumano em hospitais psiquiátricos em 1978⁷¹. Além desse evento, destaca-se também o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, ocorrido no Rio de Janeiro, em 1978, em que Basaglia e Goffman estiveram presentes⁷². À época em que esteve no Brasil, Basaglia comparou o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais, aos campos de concentração nazistas⁷³.

Nessas circunstâncias, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ganhava força, mobilizando-se contra as inconsistências e eventuais irregularidades presentes no sistema psiquiátrico brasileiro⁷⁴. O MTSM não se dissociava do Movimento da Reforma Sanitária, visto que lutava pela necessidade de democratização e reorganização da área da saúde mental⁷⁵. É também importante referir que o MTSM foi fortemente influenciado pela Psiquiatria Democrática proposta por Basaglia, de maneira que seus atores propunham diretrizes semelhantes às italianas.

De forma emblemática, em 1987, ocorreu o Encontro de Bauru, em que foi cunhado o lema “por uma sociedade sem manicômios”. É especialmente importante destacar que usuários, seus familiares e profissionais atuantes na área da saúde participaram do referido encontro e que, juntos, exigiam a superação do modelo hospitalocêntrico⁷⁶. Assim, entende-se que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial nasce a partir desse momento, resultando na elaboração do

⁶⁹ CORREIA, Ludmila Cerqueira; JUNIOR, José Geraldo de Souza. O Movimento Antimanicomial como sujeito de direito. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2020, p. 1626.

⁷⁰ *Ibidem*, p. 1632.

⁷¹ KANTORSKI, Luciane Prado, *et al.* Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 11, n. 2, 2021. p. 9

⁷² *Ibidem*.

⁷³ *Ibid*, p. 10.

⁷⁴ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, **Desinstitute**, 2023, 130P. ISBN 978-65-996043-1-7. p. 15.

⁷⁵ CORREIA, Ludmila Cerqueira; JUNIOR, José Geraldo de Souza. O Movimento Antimanicomial como sujeito de direito. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2020, p. 1627.

⁷⁶ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, **Desinstitute**, 2023, 130P. ISBN 978-65-996043-1-7. p. 15.

“Manifesto de Bauru”⁷⁷. Nesse documento, os participantes se manifestaram em prol de uma reforma sanitária democrática e popular contra a mercantilização da doença, definindo que:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. **Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.** (Grifado).⁷⁸

Ao encontro desses movimentos sociais, a Constituição da República Federativa do Brasil foi promulgada em 1988, de modo a instituir um Estado Democrático que assegurasse direitos sociais e individuais como valores da sociedade⁷⁹. Os pilares da Constituição Federal são, indubitavelmente, os direitos fundamentais estabelecidos no seu texto que, inclusive, figuram como cláusulas pétreas no inciso IV do art. 60 como direitos e garantias individuais irredutíveis. Entre os fundamentos do Estado Democrático de Direito, destacam-se a dignidade da pessoa humana⁸⁰, a promoção do bem de todos⁸¹, independentemente de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, a inviolabilidade do direito à liberdade⁸² e o direito de todos à saúde⁸³. A Constituição Federal também

⁷⁷ CORREIA, Ludmila Cerqueira; JUNIOR, José Geraldo de Souza. O Movimento Antimanicomial como sujeito de direito. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2020, p. 1629. p. 1628.

⁷⁸ CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, II, 1987, Bauru. **Manifesto de Bauru**. Bauru: [s.n.], 1987, Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

⁷⁹ Preâmbulo: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL”.

⁸⁰ Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

.....
III - a dignidade da pessoa humana.

⁸¹ Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

.....
IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

⁸² Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

⁸³ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos

prevê um sistema único descentralizado de ações e de serviços públicos voltados para a saúde⁸⁴, posteriormente regulamentado pela Lei 8.080/1990 e pela Lei 8.142/1990. Assim, criava-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante a década de 1990, o Estado brasileiro não promoveu legislações no âmbito federal que tratassem sobre os direitos às pessoas com transtornos mentais. Assim, algumas unidades da federação ocuparam esse espaço esvaziado e tomaram a iniciativa de aprovar normativas específicas sobre a matéria. O Rio Grande do Sul foi o primeiro, com a promulgação da Lei Estadual n. 9.716/1992, seguido pelo Distrito Federal, com a Lei n. 975/1995⁸⁵. Nesse contexto, é interessante destacar que a Lei gaúcha previu a gradativa substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços assistenciais de atenção local, além de vedar a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos no estado.

Seguindo na dimensão legislativa que fundamenta o processo de desinstitucionalização no Brasil, cabe destacar a Lei Federal n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa Lei tramitou no Poder Legislativo por 12 anos até que finalmente foi promulgada em 2001⁸⁶. Depois de longas discussões sobre o seu conteúdo, foi definido que a Lei n. 10.216/2001 teria como escopo central a proteção e a garantia de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como o redirecionamento do modelo asilar para o assistencial em saúde mental. A Lei n. 10.216/2001 representa um grande avanço no cenário da Reforma Psiquiátrica, embora não tenha previsto a extinção dos hospitais psiquiátricos⁸⁷. Nesse sentido, é fundamental ressaltar o que preconiza Antonio Lancetti: “só se gera saúde mental combatendo os hospícios”⁸⁸.

As mudanças promovidas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil foram significativas. Por exemplo, entre os anos de 2002 e 2020, aproximadamente trinta e

desamparados, na forma desta Constituição, combinado com o Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁸⁴ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

⁸⁵ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília, DF: CFP, 2018. p. 24.

⁸⁶ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, **Desinstitute**, 2023, 130P. ISBN 978-65-996043-1-7. p. 22.

⁸⁷ KANTORSKI, Luciane Prado, *et al.* Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 11, n. 2, 2021. p. 12.

⁸⁸ LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p. 40.

sete mil leitos do SUS foram fechados em hospitais psiquiátricos, mais de dois mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram habilitados e somente 12% do orçamento destinado à saúde mental custeou a rede hospitalar⁸⁹. Entretanto, os serviços de atenção psicossocial vêm sofrendo retrocessos desde 2016. Nesse sentido, cumpre frisar que recursos federais originalmente destinados aos serviços que compõem o SUS foram paralisados, enquanto entidades privadas e organizações sem fins lucrativos passaram a ter mais evidência⁹⁰.

Desde 2015, o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Nacional do Ministério Público alertam para o contexto de violência e privação de direitos nos serviços de saúde em hospitais psiquiátricos e em CTs no Brasil. Em inspeções realizadas pelos referidos Conselhos em CTs, foram constatadas graves situações, como falta de condições sanitárias, de infraestrutura, de equipe qualificada, além de práticas de tortura, de medicalização em excesso, de cárcere privado e de trabalho forçado⁹¹.

A partir de 2017, é possível verificar a retomada de um paradigma similar ao anterior à Reforma Psiquiátrica no Brasil. À título exemplificativo, a Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite, de dezembro de 2017, prevê os hospitais psiquiátricos especializados como componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inserindo-os no rol previamente estabelecido. A Portaria n. 3.588 de dezembro de 2017 do Ministério da Saúde igualmente passou a elencar os hospitais psiquiátricos como possibilidades de serviços de atenção em saúde mental.

Cumpre destacar que essas alterações foram realizadas de forma impositiva, na medida em que não houve diálogo com vários segmentos sociais, como usuários dos serviços, seus familiares e os profissionais da RAPS⁹². Nesse sentido, o próprio Conselho Nacional de Saúde, uma instância colegiada deliberativa e permanente do SUS que realiza o controle social na saúde, não participou ativamente dessa remodelação do sistema de saúde⁹³.

⁸⁹ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, **Desinstitute**, 2023, 130P. ISBN 978-65-996043-1-7. p. 14.

⁹⁰ PAINEL SAÚDE MENTAL: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: **Desinstitute**, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 17 jul. 2023. p. 64.

⁹¹ *Ibidem*, p. 65.

⁹² *Ibid.*

⁹³ Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm#:~:text=Criado%20em%201937%2C%20sua%20miss%C3%A3o,Lei%20n%C2%B0%208.142%2F1990.>

Nesse contexto de retrocessos, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas lançou a Nota Técnica n. 11, em 2019, na qual consta expressamente que “desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos”. Entre os vários argumentos utilizados para fomentar essa retomada, o Ministério da Saúde alegou que “houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade”⁹⁴, além de fundamentar que isso se deve aos equívocos das gestões anteriores em fechar hospitais psiquiátricos. Segundo a referida Nota Técnica, houve “um aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das crackolândias”⁹⁵, condições que corroborariam para a volta dos hospitais psiquiátricos.

Concomitante à volta dos hospitais psiquiátricos na RAPS, começou-se a financiar fortemente a aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia⁹⁶ para uso no SUS⁹⁷. Além disso, passou-se a dar mais enfoque às CTs como serviços de referência para as pessoas em sofrimento devido ao uso de álcool e outras drogas.⁹⁸. Diante desse cenário, é possível realizar um recorte, no intuito de investigar e de compreender um dos equipamentos voltados à promoção de saúde existentes, à luz do seu respectivo funcionamento e financiamento. Dessa forma, este trabalho segue com a análise das comunidades terapêuticas e o papel que representam no âmbito das políticas públicas brasileiras.

⁹⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica n. 11, de 04 de fevereiro de 2019**. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2023. p. 5

⁹⁵ *Ibidem*.

⁹⁶ A eletroconvulsoterapia consiste na colocação de eletrodos na cabeça de uma pessoa, que, em tese, está sob de anestesia, na aplicação de uma série de descargas elétricas no cérebro para induzir uma breve convulsão. Historicamente, a eletroconvulsoterapia serviu como uma prática de tortura dentro dos manicômios, denunciada pelo uso indiscriminado em pessoas que passavam por internações em hospitais psiquiátricos. Devido a sua característica invasiva, há divergências científicas e dissenso sobre sua utilização, ainda mais no âmbito dos transtornos decorrentes de álcool e outras drogas. Fonte: SILVA; Maura Lima Bezerra e; CALDAS, Marcus. Tulio Caldas. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, DF, v. 28, n. 2, p. 344-361, 2008.

⁹⁷ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, **Desinstitute**, 2023, 130P. ISBN 978-65-996043-1-7. p. 32.

⁹⁸ *Ibidem*.

3 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL: ORIGEM, CARACTERÍSTICAS E REGULAMENTAÇÃO

Diante desse cenário de fortalecimento das comunidades terapêuticas no Brasil, é necessário conhecer sua origem, suas principais características e quais são as normas que as definem e regulamentam. Portanto, a proposta deste capítulo é apresentar essas questões, a fim de que se possa compreender o espaço que as CTs ocupam no território, a lógica que pregam e as suas implicações aos indivíduos. Ressalta-se que o intuito deste capítulo não é de esgotar o assunto, mas de demonstrar o percurso de formação das atuais CTs, seu funcionamento e sua regulamentação no Brasil.

3.1 A origem das comunidades terapêuticas e suas características centrais

Para se compreender a expansão das comunidades terapêuticas brasileiras, é importante conhecer o nascimento dessas entidades. Primeiramente, deve-se levar em consideração que a origem das CTs é controversa. De um lado, aponta-se que as CTs surgiram a partir de uma organização religiosa em Oxford, na Inglaterra, em meados do século XIX. Essa organização tinha como objetivo promover reuniões de estudos bíblicos que, posteriormente, desdobraram-se nos Alcoólicos Anônimos e nos Narcóticos Anônimos em 1935⁹⁹.

De outro lado, remete-se a criação das CTs a Maxwell Jones, psiquiatra inglês, em 1950. Após a Segunda Guerra Mundial, Jones propôs um modelo de cuidado diferente dos tradicionais - pautado na participação dos pacientes nos seus respectivos processos terapêuticos, nas atividades laborais como forma de tratamento e na convivência entre pares a fim de que essa coletividade fortalecesse o enfrentamento das questões individuais¹⁰⁰. Algumas dessas proposições são incorporadas posteriormente pelas atuais CTs, embora elas tenham adquirido características próprias com o passar do tempo.

No Brasil, a primeira comunidade terapêutica surgiu em 1968, em Goiás, conhecida como Movimento Jovens Livres. Essa comunidade, ainda existente, é uma

⁹⁹ IPEA. **Nota técnica n. 21, de março de 2017.** Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 10 jun. 2023. p. 9.

¹⁰⁰ *Ibidem.*

instituição filantrópica evangélica, sem fins lucrativos, que se denomina como “a primeira Casa de Recuperação de Toxicômanos do Brasil”¹⁰¹. Em Campinas, São Paulo, a partir do movimento do Padre Haroldo Rham, foi criada a segunda CT, conhecida como a Fazenda Senhor Jesus¹⁰². Desde então, cresce o número de CTs ativas no país. Estima-se que existam aproximadamente duas mil CTs operantes no Brasil¹⁰³, um número bastante conservador, já que os últimos dados são extraídos de uma pesquisa feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em 2017.

No Brasil, as CTs são definidas como instituições que oferecem acolhimento temporário em residências coletivas para pessoas que fazem uso considerado problemático de álcool e outras drogas¹⁰⁴. Entende-se que essas pessoas apresentam aspectos cognitivos e comportamentais desajustados aos padrões sociais, “[...] tais como ‘carências de percepção’ e de ‘compreensão da realidade’, assim como ‘deficiências de julgamento’, ‘pouca autoestima’, ‘intolerância aos incômodos’, ‘irresponsabilidade perante si e os outros’ [...]”. Essas características são enquadradas nos modelos tradicionais quanto à questão do uso de drogas, quais sejam, o paradigma moral e o paradigma médico-psicológico. O primeiro associa o uso de drogas a indivíduos antissociais e moralmente instáveis. O segundo relaciona essa condição a um transtorno, desenvolvido pelo abuso de substâncias. Essa condição se denomina de dependência química, um transtorno mental por uso de substâncias, tratado com psicofármacos ou reclusão em hospitais ou clínicas¹⁰⁵.

Nesse cenário, o propósito das CTs é de que os indivíduos permaneçam nas residências coletivas por um tempo – não necessariamente determinado – de forma isolada de suas relações sociais pretéritas, a fim de se absterem do uso do álcool ou dos psicoativos. O objetivo é a promoção de mudanças comportamentais nos

¹⁰¹ Disponível em: <http://movimentojovenslivres.org.br/index.php/quem-somos/#:~:text=O%20Movimento%20Jovens%20Livres%20%C3%A9,.267%2F0001%2D46>.

¹⁰² FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos Punitivos do Tratamento nas Comunidades Terapêuticas: O Uso de Drogas como Dano Social. **Revista Psicologia e Saúde**, local, v.11, n. 1, p. 73-88, jan.-abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.611>. Acesso em: 12 jun. 2023. p. 76.

¹⁰³ IPEA. **Nota técnica n. 21, de março de 2017**. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 10 jun. 2023. p. 7.

¹⁰⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁵ O Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais, DSM-5, no capítulo referente a Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos, explica que “[...] indivíduos com baixo nível de autocontrole, o que pode ser reflexo de deficiências nos mecanismos cerebrais de inibição, podem ser particularmente predispostos a desenvolver transtornos por uso de substância”. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. v. 5. ISBN 978-85-8271-089-0. p. 481).

residentes, retirando-os dos locais onde tinham acesso às drogas e isolando-os em um ambiente livre de consumo¹⁰⁶. Para tanto, aplica-se uma rotina disciplinada, apenas com a convivência entre os pares, e, a depender da instituição, ocorre submissão a práticas espirituais e de trabalho. O indivíduo inserido em uma comunidade terapêutica, portanto, passa o dia entre atividades laborais, religiosas ou terapêuticas¹⁰⁷.

É interessante notar que o modelo de cuidado proposto se baseia, resumidamente, em três grandes pilares: disciplina, trabalho e espiritualidade¹⁰⁸. Primeiro, submete-se o indivíduo a um ambiente rigidamente controlado e isolado do mundo exterior. Posteriormente, oferecem-no tarefas de produção e de geração de renda, baseadas nos preceitos da laborterapia¹⁰⁹. Essa terapêutica pressupõe que o trabalho fortaleça o autocontrole e a autodisciplina dos sujeitos, ambas características importantes para o convívio social e consideradas inexistentes nos usuários de drogas.

Já as atividades espirituais dizem respeito à promoção da fé, tida como essencial para apaziguar as dores individuais ou para fortalecer um caráter moral nos internos¹¹⁰. O que se costuma pregar nessas instituições é a conversão dos internos para a fé cristã, que consiste em um processo de renascimento das pessoas que estão arrependidas de seus atos pretéritos e que creem na salvação advinda de uma entidade superior¹¹¹. Geralmente, ocorre a associação do uso de drogas à uma influência demoníaca, de modo a afastar os internos da história milenar sobre o consumo de psicoativos na sociedade.

De acordo com a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, a prática da espiritualidade e da laborterapia são estratégias comuns a mais de 90% das entidades avaliadas, o que as ratifica como métodos basilares das CTs

¹⁰⁶ FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos Punitivos do Tratamento nas Comunidades Terapêuticas: O Uso de Drogas como Dano Social. **Revista Psicologia e Saúde**, local, v.11, n. 1, p. 73-88, jan.-abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.611>. Acesso em: 12 jun. 2023. p. 76.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ IPEA. **Nota técnica n. 21, de março de 2017**. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 10 jun. 2023. p. 7.

¹⁰⁹ *Ibidem*.

¹¹⁰ *Ibid*.

¹¹¹ BARDI, Giovanna; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 27, n. 4, p. 1557-1566, abr. 2022. p. 1560.

brasileiras¹¹². A pesquisa aponta, entretanto, que poucas entidades articulam a laborterapia a projetos que qualifiquem os internos ao mercado de trabalho¹¹³. A pesquisa também mostrou que 55% das CTs avaliadas admitiram a aplicação de medicamentos aos internos. Nesse sentido, o relatório de campo da pesquisa qualitativa mostra tal fenômeno no seguinte trecho:

O uso de psicofármacos torna os internos mais dóceis aos anseios institucionais. Benzodiazepínicos (diazepan, por exemplo) são ministrados com frequência a internos recém-chegados, assim como no meio do tratamento, ou quando estão prestes a se graduar. Segundo meus principais interlocutores (os “alunos”), isto os deixa mais tranquilos, menos ansiosos (...) Com o passar do tempo, a tendência é se reduzir a quantidade desses medicamentos. Em psiquiatria, esta prática é conhecida como desmame. [Mas] O desmame nem sempre é bem-sucedido. No meio do tratamento, podem acontecer outras crises. (...) Para todas essas situações, receita-se novamente tais psicofármacos, ou a dose é ampliada. **Quando algum aluno está apresentando um comportamento fora do habitual, os outros percebem e, em tom jocoso, falam: “vou falar para o doutor aumentar a dose do remedinho de louco”.** (Grifado).

A convivência entre partes, particularidade marcante das CTs, também merece destaque. Essa convivência significa que a rotina e as atividades das CTs são compartilhadas entre os residentes. Uma vez havendo essa base comum de identificação entre os indivíduos, pressupõe-se que uns estimulam os outros por meio dos sucessos obtidos, ou seja, através do exemplo. Inclusive, essa premissa é utilizada como argumento de confiabilidade das práticas realizadas nas CTs, tendo em vista que residentes que porventura alcancem as metas de abstinência estabelecidas podem se credenciar como monitores de novos residentes¹¹⁴.

Em consideração às principais características das CTs, é fundamental destacar o relatório que reúne o conjunto de informações apresentadas pela Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas realizada em 2017¹¹⁵. A referida inspeção ocorreu nas cinco regiões brasileiras por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia, do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. O documento sistematiza os resultados obtidos por meio das visitas realizadas em 28 estabelecimentos localizados no Brasil. Em todos, foram identificadas violações a direitos humanos.

¹¹² IPEA. **Nota técnica n. 21, de março de 2017.** Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 10 jun. 2023. p. 22.

¹¹³ *Ibidem*.

¹¹⁴ *Ibid*, p. 7.

¹¹⁵ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.** Brasília, DF: CFP, 2018.

Nesse contexto, destacam-se três práticas adotadas pelas CTs que constam no relatório. O primeiro aspecto, que é apresentado constantemente, é relativo ao isolamento físico das CTs e à restrição dos internos ao convívio social¹¹⁶. Nesse sentido, identificou-se que a própria localização das instituições, envolta por muros e portões, corresponde a restrições à livre circulação. Inclusive, mostrou-se uma prática usual o controle das ligações telefônicas e a violação de correspondências entre os internos e os seus familiares. Percebeu-se que até mesmo cartões de crédito eram confiscados, a fim de que os dirigentes das CTs tivessem acesso a eventuais benefícios dos internos relativos à Previdência Social, o que dificulta a saída desses locais¹¹⁷. Esse modelo é contrário às bases da Reforma Psiquiátrica que, por sua vez, prioriza a inserção da população com necessidades decorrentes do uso de drogas na família, no trabalho e na comunidade.

O segundo aspecto que deve ser destacado é referente aos castigos, punições e indícios de tortura realizados dentro das CTs. Os resultados obtidos em virtude da inspeção mostram que, em dezesseis instituições visitadas, ocorreram práticas de tortura ou de tratamento cruel, como execução de tarefas repetitivas, perda de refeições, violência física, uso de amarras ou de medicamentos de forma inapropriada. Consta no relatório, por exemplo, que, na Comunidade Terapêutica Fazenda Vitória, em Minas Gerais, uma interna revelou ter copiado o Salmo 119 da Bíblia inúmeras vezes como forma de sanção. Outro exemplo relatado é o uso de socos nos olhos e o “mata-leão”, nos casos de tentativas de fuga dos internos¹¹⁸.

O terceiro aspecto relevante diz respeito às práticas religiosas. O relatório indica que, em várias CTs, há imposição de rigorosas rotinas de orações e de atividades voltadas à religião cuja comunidade é atrelada. A partir das entrevistas concedidas pelos internos, é possível perceber que vários sofreram coação para participar das atividades desse escopo, o que viola a liberdade de crença dessas pessoas.

Diante desse cenário em que foram apresentadas as características principais das CTs e as questões adversas que são apontadas no relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017, é essencial abordar o tema da efetividade

¹¹⁶ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília, DF: CFP, 2018. p. 12.

¹¹⁷ *Ibidem*, p. 14.

¹¹⁸ *Ibid.*

das CTs para a recuperação de pessoas que fazem uso problemático de drogas. Este trabalho, entretanto, não se propõe a discutir as bases terapêuticas que orientam as CTs, embora seja necessário destacar que é um debate ainda inconcluso¹¹⁹. Por essa razão, são apresentados brevemente os estudos internacionais e os nacionais acerca da efetividade terapêutica oferecida pelas CTs, sem a pretensão de exaurir o tema.

No contexto internacional, as tentativas de organizar os resultados obtidos pelas revisões sistemáticas enfrentam fragilidades que dificultam a elaboração de conclusões ou que rebaixam o nível de evidência. Nesse sentido, as limitações dizem respeito à escassez de ensaios controlados e randomizados, às inadequações de delineamento de pesquisa e à falta de equivalência entre as amostras e o grupo de controle¹²⁰. Levando essas questões em consideração, existe um conjunto da literatura que constatou evidências moderadas quanto à redução do uso de psicoativos após estadias em CTs, especialmente se os quadros das pessoas acolhidas forem mais graves¹²¹. O que permanece inconclusivo é a manutenção desse impacto a médio e longo prazo¹²². Outra questão que continua sem resultados consistentes é relativa à comparação entre os tratamentos oferecidos pelas CTs e as outras formas de acolhimento¹²³. Em resumo, apesar de existirem estudos que

¹¹⁹ IPEA. **Nota técnica n. 21, de março de 2017**. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 10 jun. 2023. p. 7.

¹²⁰ FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 39.

¹²¹ MAGOR-BLATCH, Lynne. *et. al.* A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, v. 35, n. 4, p. 168-184, 2014. Disponível em 10.1108/TC-07-2013-0024; VANDERPLASSCHEN, Wouter; *et. al.* Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, v. 2013, jan. 2013. Disponível em: 10.1155/2013/427817; NIDA - NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE. *Therapeutic Communities*, 2015. Disponível em: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities>. *In*: FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 39.

¹²² MALIVERT, Marion. *et. al.* Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European addiction research*, v.18, n. 1, p. 1-11, 2012 *In*: FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 39.

¹²³ REIF, Sharon. *et. al.* Residential treatment for individuals with substance use disorders: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, v. 65, n. 3, p. 301-312, 2014. *In*: FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 39.

identificaram certo impacto positivo após o tratamento em regime residencial, a evidência apresentada não revela níveis altos de efetividade.

No contexto nacional, deve-se frisar que são poucas as investigações acerca da efetividade das CTs, embora essas entidades existam há décadas no Brasil. Nessa perspectiva, estudos recentes encontraram desfechos positivos entre a manutenção de abstinência e a melhora da qualidade de vida dos indivíduos¹²⁴. Em relação ao abandono do tratamento, percebeu-se que práticas de laborterapia e de imposição religiosa contribuíam para que o indivíduo desistisse da terapêutica oferecida¹²⁵. No que diz respeito à reinserção social dos egressos de CTs por meio do trabalho, uma pesquisa publicada em 2021 apontou que foi observado um desfecho positivo e acima dos índices esperados¹²⁶. Todavia, duas questões precisam ser consideradas quanto a esse estudo. A primeira é a probabilidade de haver um viés de confirmação alusiva a essa interpretação de desfecho, tendo em vista que o índice obtido ultrapassou 1% da média esperada, o que geralmente é ponderado como irrelevante¹²⁷. A segunda questão é relativa à chance de ter ocorrido viés de seleção na amostra, visto que os autores afirmaram que as CTs pesquisadas não correspondem à totalidade das entidades ativas no Brasil¹²⁸.

¹²⁴ PERRONE, Pablo André Kurlander. Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas. Tese (doutorado). 2019. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2019. *In*: FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 41.

¹²⁵ *Ibidem*.

¹²⁶ BARRETO, Katia Isicawa de Sousa; *et al.* Comunidade Terapêutica como parte da Rede de Atenção Psicossocial: Conformidade e Monitoramento são possíveis? *In*: MENEZES Rafael Lessa Vieira de Sá; *et al.* (org.). Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. 2021. *In*: FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 42.

¹²⁷ FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 42.

¹²⁸ BARRETO, Katia Isicawa de Sousa; *et al.* Comunidade Terapêutica como parte da Rede de Atenção Psicossocial: Conformidade e Monitoramento são possíveis? *In*: MENEZES Rafael Lessa Vieira de Sá; *et al.* (org.). Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. 2021. *In*: FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 42.

Nesse sentido, enfatiza-se que o conjunto de informações sobre a efetividade das terapêuticas oferecidas nas CTs brasileiras é ainda escasso, e aqueles que existem padecem de influências regionais e de limitações referentes às amostras dos equipamentos. Portanto, é possível afirmar que “não há evidências rigorosas sobre a efetividade do acolhimento de pessoas que fazem uso problemático de drogas em CTs no Brasil”¹²⁹.

Com base nas informações apresentadas sobre as CTs brasileiras, alguns autores relacionam esse modelo com o manicômio, tendo em vista que compartilham diretrizes semelhantes, como a internação dos loucos em locais isolados e rigidamente controlados. De acordo com Raupp e Milnitisky-Sapiro, a proposta de cuidado das CTs impede “o desenvolvimento das singularidades e potencialidades dos internos, o que dificulta o alcance de uma recuperação duradoura”¹³⁰. Os mesmos autores apontam que o estilo de vida instituído nas CTs, com base na moral cristã, é extremante rígido frente a complexidade do mundo contemporâneo¹³¹.

O trabalho das CTs é, geralmente, considerado oposto às diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Isso porque há graves questões quanto à regulamentação e à fiscalização dessas entidades, de modo que o trabalho realizado nesses locais se distancia da exigência necessária que a temática impõe. Nesse sentido, opta-se por continuar este estudo sob o enfoque da regulamentação dessas instituições, com o propósito de desvendar as normativas referentes às CTs.

3.2 A regulamentação das comunidades terapêuticas no Brasil: um mapeamento das principais normativas

A compreensão sobre o rol de normativas que envolve as comunidades terapêuticas é indispensável para se refletir acerca das tensões que as envolvem. A

¹²⁹ FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 42

¹³⁰ RAUPP, Luciane Marques; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: O tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 361-368, set. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000300013>. Acesso em: 15 jun. 2023. p. 366.

¹³¹ FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos Punitivos do Tratamento nas Comunidades Terapêuticas: O Uso de Drogas como Dano Social. **Revista Psicologia e Saúde**, local, v.11, n. 1, p. 73-88, jan.-abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.611>. Acesso em: 12 jun. 2023. p. 77.

partir desse estudo, é possível perceber que existem disputas entre os setores da saúde, da assistência social e da justiça para regulamentar essas entidades. Também é importante entender, com base nas normas relativas às CTs, como esses equipamentos foram se transformando em políticas públicas incentivadas pelo Estado ao longo do tempo. Esse último aspecto é de extrema relevância para se refletir sobre o financiamento público destinado às CTs, tema que é abordado no quarto capítulo deste trabalho.

Frente a esse cenário, ressalta-se que existem desafios nesse caminho. Resende aponta que o panorama geral normativo das CTs é complexo ¹³². Isso se deve ao fato de que existem concepções e disputas divergentes acerca da temática, do tratamento e das estratégias voltadas ao uso considerado problemático de álcool e outras drogas. Para tanto, neste subcapítulo, busca-se apresentar um quadro regulatório das normas aplicáveis às CTs, a fim de que se possa examinar futuramente a tensão entre essas entidades e o financiamento público destinado a esse espaço de cuidado.

Para iniciar a montagem desse quebra-cabeça, é importante ter em mente que as normas relativas às CTs advêm de origens distintas. Como é apresentado no Quadro 1, as normas têm procedência de: (i) órgãos do Poder Legislativo, como o Congresso Nacional; (ii) órgãos do Poder Executivo, como o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, o Ministério da Cidadania e a Presidência da República; e (iii) autarquias, como o Conselho Federal de Medicina. Além de origens diferentes, esse conjunto normativo passou por, no mínimo, três décadas de tentativas de regulamentação, o que revela uma quantidade expressiva de mudanças que ocorreram nesse âmbito.

O quadro normativo das CTs apresenta diversas modificações significativas nos últimos anos. Por consequência, isso dificulta a definição de um marco legal que represente o início das diretrizes regulatórias dessas entidades. Considerando essa dificuldade e a natureza deste trabalho, é necessário realizar um recorte normativo que corresponda a proposta desta pesquisa. Dessa forma, entende-se que a Lei Federal n. 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma

¹³² FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 8.

Psiquiátrica, seja a escolha mais adequada. Nesse sentido, como exposto anteriormente, a Lei n. 10.216/2001 redirecionou o modelo assistencial em saúde mental e instigou mudanças na mentalidade das pessoas atuantes no cuidado em saúde mental¹³³. Sobre essa mudança de perspectiva, Resende afirma que “as pessoas têm que entender de outra maneira o que é o sofrimento, o que é a loucura, o que é o transtorno mental e conviver com esses sujeitos de outra forma, com uma abordagem solidária e inclusiva”¹³⁴. Por essas razões, optou-se por iniciar o quadro normativo das CTs com a promulgação da Lei n. 10.216/2001, na medida em que representa um marco legal simbólico para o cuidado em saúde mental no Brasil.

Estabelecida a linha de partida, passa-se para a elaboração do quadro normativo. Desse modo, em ordem cronológica, o Quadro 1 lista as principais normativas que embasam a regulamentação das CTs, desde a promulgação da Lei n. 10.216/2001 até agosto de 2023. Na primeira coluna, estão listados os números das normativas e, respectivamente, a data em que foram tornadas públicas, na segunda coluna. Já a terceira coluna informa se essas normativas continuam vigentes no ordenamento jurídico ou se já foram revogadas. A quarta coluna é relativa à origem das normativas que, como já se mencionou, é variada. Por último, a quinta coluna apresenta as implicações de cada normativa para as CTs.

Em relação às cores do Quadro 1, opta-se por utilizar essa ferramenta gráfica para destacar uma particularização entre as normas. Desse modo, as que estão realçadas em verde são próximas da área da saúde, enquanto aquelas que estão marcadas em rosa são atreladas à área da assistência social e da justiça e segurança pública. Essa distinção é feita com base na origem das normas e na implicação de cada uma em relação às respectivas áreas. É importante perceber que as cores aparecem em quantidade similar, o que denota a dificuldade de se designar um ramo específico que pudesse englobar as CTs.

¹³³ AMARANTE, Paulo. **PBPD Entrevista: Paulo Amarante**. Plataforma Brasileira de Política de Drogas, São Paulo, 17 mai. 2016. Entrevista concedida à PBD. Disponível em: <https://pbpd.org.br/pbpd-entrevista-paulo-amarante/>. Acesso em: 17 jun. 2023.

¹³⁴ *Ibidem*.

Quadro 1 - Quadro normativo de regulamentação das comunidades terapêuticas no Brasil entre 2001 e 2023

NORMA	DATA	STATUS	ORIGEM	IMPLICAÇÃO
Lei n. 10.216/2001 (LRP)	06 de abril de 2001	Vigente	Congresso Nacional	Redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental
Resolução - RDC n. 101/2001	30 de maio de 2001	Revogada pela RDC n. 29/2011	Diretoria Colegiada da ANVISA	Disposição sobre requisitos de segurança sanitária para instituições que prestem Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas
Resolução - RDC n. 50/2002	21 de fevereiro de 2002	Vigente	Diretoria Colegiada da ANVISA	Disposição sobre o Regulamento Técnico de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde
Portaria n. 816/2002	30 de abril de 2002	Vigente	Ministério da Saúde	Instituição, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas
Lei n. 11.343/2006	23 de agosto de 2006	Vigente	Congresso Nacional	Instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)
Decreto n. 5.912/2006	27 de setembro de 2006	Vigente	Presidência da República	Regulamentação da Lei n. 11.343/2006
Lei n. 12.101/2009	27 de novembro de 2009	Revogada pela Lei Complementar n. 187/2021	Congresso Nacional	Disposição sobre a certificação da entidades beneficentes da assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social
Decreto n. 7.179/2010	20 de maio de 2010	Revogado pelo Decreto n. 10.473/2020	Presidência da República	Instituição do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas
Resolução - RDC n. 29/2011	30 de junho de 2011	Vigente	Diretoria Colegiada da ANVISA	Disposição sobre requisitos de segurança sanitária para funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativas em regime de residência
Portaria n. 3.088/2011	23 de dezembro de 2011	Revogada pela Portaria de Consolidação nº 3/2017	Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro	Instituição da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS

Decreto n. 7.637/2011	8 de dezembro de 2011	Revogado pelo Decreto n. 10.473/2020	Presidência da República	Alteração no Decreto n. 7.179/2010
Portaria n. 131/2012	26 de novembro 2012	Vigente	Ministério da Saúde	Instituição do incentivo financeiro de custeio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial
Resolução n. 2.056/2013	20 de setembro de 2013	Vigente	Conselho Federal de Medicina	Definição e normatização de serviços e ambientes médicos – previsão expressa de comunidades terapêuticas médicas
Nota Técnica n. 55/2013	16 de agosto de 2013	Vigente	Ministério da Saúde	Esclarecimento sobre o conteúdo da RDC nº 29/2011
Resolução n. 1/2015	19 de agosto de 2015	Vigente	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)	Regulamentação, no âmbito do SISNAD, das entidades que realizam acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, caracterizadas como comunidades terapêuticas
Portaria n. 1.646/2015	02 outubro de 2015	Vigente	Ministério da Saúde	Instituição do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Portaria n. 834/2016	26 de abril de 2016	Vigente	Ministério da Saúde	Redefinição dos procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde
Portaria n. 1.482/2016	25 de outubro 2016	Vigente	Secretaria de Atenção à Saúde	Inclusão do tipo 83 no CNES
Portaria de Consolidação n. 3/2017	28 de setembro de 2017	Vigente	Ministério da Saúde	Consolidação das normas sobre as redes do SUS
Portaria de Consolidação n. 6/2017	28 de setembro de 2017	Vigente	Ministério da Saúde	Consolidação das normas sobre financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços do SUS
Portaria n. 3.588/2017	21 de dezembro de 2017	Revogada pela Portaria GM/SM n. 757/2023	Ministério da Saúde	Alteração das Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6
Portaria Interministerial n. 2/2017	21 de dezembro de 2017	Vigente	Ministério da Justiça e Segurança Pública, da Saúde e do Desenvolvimento Social e do Trabalho	Instituição do Comitê Gestor Interministerial
Resolução n. 1/2018	09 de março de 2018	Vigente	Ministério da Justiça	Aprovação das diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD

Portaria n. 3.499/2018	25 de outubro de 2018	Vigente	Ministério da Saúde	Instituição, no âmbito do Ministério da Saúde, do Comitê das Comunidades Terapêuticas
Nota Técnica n. 11/2019	04 de fevereiro de 2019	Vigente	Ministério da Saúde	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas
Portaria n. 562/2019	19 de março de 2019	Vigente	Ministério da Cidadania	Criação do Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da SENAPRED
Portaria n. 563/2019	19 de março de 2019	Vigente	Ministério da Cidadania	Criação do Cadastro de Credenciamento de Comunidades Terapêuticas
Portaria n. 564/2019	19 de março de 2019	Vigente	Ministério da Cidadania –	Instituição da Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas
Decreto n. 9.761/2019	11 de abril de 2019	Vigente	Presidência da República	Aprovação da Política Nacional sobre Drogas
Lei n. 13.840/2019	05 de junho de 2019	Vigente	Congresso Nacional	Alteração da Lei n. 11.343/2006 e disposição sobre o SISNAD
Portaria n. 1/2019	12 de novembro de 2019	Vigente	Ministério da Cidadania	Disposição sobre a operacionalização do Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas – SISCT
Portaria n. 340/2020	30 de março de 2020	Vigente	Ministério da Cidadania	Estabelecimento de medidas para o enfrentamento da COVID-19 no âmbito das comunidades terapêuticas
Nota Técnica n. 2/2020	25 de maio de 2020	Vigente	Ministério da Saúde	Esclarecimentos sobre o funcionamento das Comunidades Terapêuticas em relação à RDC n. 29/2011
Lei Complementar n. 187/2021	16 de dezembro de 2021	Vigente	Presidência da República	Disposição sobre a certificação das entidades beneficentes e regulação dos procedimentos referentes à imunidade de contribuição à seguridade social
Lei 14.600/2023	19 de junho de 2023	Vigente	Presidência da República	Estabelecimento da organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios
Portaria n. 757/2023	21 de junho de 2023	Vigente	Ministério da Saúde	Revogação da Portaria GM/MS 3.588/2017 e de dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS n. 3 e 6 de 2017

Legenda: as normas realçadas em verde são consideradas próximas ao campo da saúde; as normas realçadas em rosa são próximas aos campos da assistência social e ao da justiça/segurança.

Fonte: Elaboração própria a partir de RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023; e de TEIXEIRA, Mirna Barros, *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 5, p. 1455-1466, mai. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>. Acesso em: 13 jul. 2023.

A Lei n. 10.216/2001 é um marco da Reforma Psiquiátrica, de tal modo que ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa normativa estabeleceu um novo modelo de atenção em saúde mental, na medida em que promoveu a ideia de desospitalização¹³⁵. Segundo a normativa, deve-se dar preferência a tratamentos em serviços de caráter territorial e de portas abertas, de modo a promover o convívio em comunidade¹³⁶. Além disso, foram estipulados apenas três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. Nesse sentido, foi vedada a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares, sinalizando um possível fim dos manicômios psiquiátricos no Brasil¹³⁷.

Quase dois meses após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a ANVISA adotou a Resolução da Diretoria Colegiada n. 101/2001, publicada em 30 de maio de 2001, em que foram estabelecidas exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas¹³⁸. A RDC n. 101/2001 conceitua as CTs como:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas,

¹³⁵ TEIXEIRA, Mirna Barros, *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 5, p. 1455-1466, mai. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>. Acesso em: 13 jul. 2023. p. 1458.

¹³⁶ *Ibidem*.

¹³⁷ RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 14.

¹³⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução-RDC n. 101, de 20 de maio de 2001**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html. Acesso em: 30 mai. 2023.

resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.¹³⁹

Para este trabalho, entende-se que a RDC n. 101/2001, ao dar essa conceituação sobre CTs, foi o primeiro regramento normativo relevante sobre o funcionamento dessas entidades. Posteriormente, a Diretoria Colegiada da ANVISA instituiu outro regulamento técnico para estabelecimentos assistenciais de saúde por meio da Resolução n. 50, publicada em 21 de fevereiro de 2002¹⁴⁰. À época, por se enquadrarem como equipamentos assistenciais de saúde, as CTs tiveram de adotar as determinações contidas na RDC n. 50/2002¹⁴¹.

Em seguida, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada em Álcool e outras Drogas foi instituído por meio da Portaria n. 816 do Ministério da Saúde, de abril de 2002¹⁴². O objetivo do Programa era organizar a rede de serviços extra-hospitalares, articulada com a rede de atenção psicossocial. Nesse contexto, é fundamental destacar que a Lei n. 10.216/2001 prevê, no art. 4º, que internações somente podem ocorrer após o esgotamento dos recursos extra-hospitalares. Nessa perspectiva, a Portaria n. 816/2002 estabeleceu a implementação de 250 CAPS entre os anos de 2002 a 2004, bem como alocou recursos financeiros para execução dessas implementações graduais no Brasil. Assim, fica evidente que a normativa se alinhou aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, visto que buscou fortalecer a rede de assistência centrada no território e na reinserção social dos seus usuários.

Tendo em vista a complexidade de articulação das políticas sobre drogas, bem como a expressiva quantidade de programas e projetos dos âmbitos federais, estaduais, distrital e municipais, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), sob coordenação da União, foi instituído pela Lei n. 11.343 de 23

¹³⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução-RDC n. 101, de 20 de maio de 2001**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html. Acesso em: 30 mai. 2023.

¹⁴⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução-RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. Acesso em: 30 mai. 2023.

¹⁴¹ RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 15.

¹⁴² MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 816, de 30 de abril de 2002**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 13 jun. 2023.

de agosto de 2006¹⁴³. O SISNAD, cujo órgão superior é o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), realiza a governança da Política Nacional de Drogas (PNAD)¹⁴⁴. O propósito do SISNAD é organizar as atividades relacionadas com a prevenção, a atenção e a reinserção social dos usuários de drogas, bem como a repressão da produção e do tráfico ilícito de substâncias. Essa normativa foi bastante alterada em virtude da Lei n. 13.840/2019 que, posteriormente no texto, será tratada com mais atenção.

O funcionamento do SISNAD foi regulamentado por meio do Decreto n. 5.912, de 27 de setembro de 2006¹⁴⁵. Nesse cenário, o que cabe frisar é que o SISNAD é composto por vários ministérios, entre eles, o da Saúde, o da Justiça e o da Educação. Por ter esse caráter interministerial, é importante diferenciar as competências destinadas aos órgãos e entidades que compõem o SISNAD, para não haver confusão ou sobreposição de competências.

Nesse ponto, destaca-se que, de acordo com o art. 14, inciso I, do Decreto n. 5.912/2006, coube ao Ministério da Saúde disciplinar sobre políticas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas junto ao SUS, assim como disciplinar os serviços públicos e os serviços privados que desenvolvessem ações de atenção e de assistência social aos usuários de drogas. Já ao Ministério da Justiça, conforme o art. 14, inciso III, do Decreto n. 5.912/2006, com redação dada pelo Decreto n. 7.426/2010, coube a coordenação de atividades de repressão do tráfico ilícito e de prevenção do uso de drogas, além da gerência do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Essa diferença entre competências ministeriais é relevante, pois foi objeto de análise do Poder Judiciário em virtude da Resolução n. 1/2015¹⁴⁶, publicada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), órgão vinculado ao Ministério da Justiça¹⁴⁷.

¹⁴³ BRASIL. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm. Acesso em: 29 mai. 2023.

¹⁴⁴ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **A Governança da Política de Drogas.** Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/a-governanca-da-politica-de-drogas>. Acesso em: 29 mai. 2023.

¹⁴⁵ BRASIL. **Decreto 5.912, de 27 de setembro de 2006.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5912.htm. Acesso em: 05 jul. 2023.

¹⁴⁶ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Resolução n. 1, de 19 de agosto de 2015.** Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806. Acesso em: 06 jun. 2023.

¹⁴⁷ O CONAD era vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República à época em que o Decreto n. 5.912/2006 foi publicado, conforme disciplina o art. 2º da referida norma. O

Em 06 de julho de 2016, a Procuradoria Regional de Defesa do Cidadão de São Paulo ajuizou uma ação civil pública contra a União Federal, em que objetivava a declaração de nulidade da Resolução n. 1/2015 do CONAD. A controvérsia era relativa à competência normativa do CONAD para dispor sobre as CTs, caracterizando-as como equipamentos de apoio à saúde, e não equipamentos de saúde. A divergência também girava em torno do financiamento público das CTs, na medida em que, se não enquadradas como equipamentos de saúde, os recursos para tratamentos de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas deveriam ser destinados exclusivamente ao SUS, segundo entendimento do Ministério Público Federal (MPF).

Em primeira instância, a Juíza Federal Rosana Ferri, da 2ª Vara Cível Federal de São Paulo, concedeu a tutela de urgência para que a União se abstivesse de praticar a Resolução n. 1/2015, conforme decisão nos autos do processo de n. 0014992-18.2016.403.61.00, em 04 de agosto de 2016. O entendimento da magistrada foi de que:

[...] as comunidades terapêuticas devem ser tratadas como "equipamento de saúde", considerando a importância dos serviços prestados, os quais devem buscar a reinserção do indivíduo na sociedade, no convívio familiar, a fim de promover a garantia de sua dignidade, saúde e bem-estar. Desse modo, não podem as referidas entidades ficar à margem do sistema público devendo, portanto, estar sujeitas à fiscalização e controle do Estado, a fim de evitar práticas contrárias aos princípios constitucionais, principalmente da dignidade da pessoa humana (tortura, internações involuntárias e compulsórias)¹⁴⁸.

No entanto, a União interpôs agravo de instrumento, registrado sob o n. 0016133-39.2016.4.03.0000/SP, contra a decisão¹⁴⁹. Em análise ao voto proferido pela Desembargadora Relatora Consuelo Toshida, do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3), foi entendido (i) que era incabível a interferência do Poder Judiciário para julgar o mérito administrativo, diante do poder discricionário que a Administração Pública se reveste; (ii) que existe uma configuração intersetorial, inter

dispositivo foi alterado pelo Decreto n. 7.426/2010, de modo que o CONAD passou a ser expressamente vinculado ao Ministério da Justiça.

¹⁴⁸ SÃO PAULO. 2ª Vara Cível Federal de São Paulo. **Ação civil pública n. 0014992-18.2016.4.03.6100**. Autor: Ministério Público Federal. Juíza Federal Rosana Ferri. São Paulo, 06 jul. 2016. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/open.do>. Acesso em: 15 jul. 2023. p. 140.

¹⁴⁹ SÃO PAULO. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. **Agravo de instrumento n. 0016133-39.2016.4.03.0000**. Agravante: Ministério Público Federal. Relator: Des.ª Federal Consuelo Yoshida. São Paulo, 05 de setembro de 2019. Disponível em: <https://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/7286477>. Acesso em: 15 jul. 2023.

e transdisciplinar na Política Nacional sobre Drogas (PNAD); (iii) que a configuração das CTs proposta pela Resolução n. 1/2015 havia sido incorporada pela Lei n. 13.840/2019, que introduziu o artigo 26-A na Lei n. 11.343/2006; e (iv) que não haveria conflito entre a Resolução n. 1/2015 e a RDC ANVISA n. 29/2011¹⁵⁰. Dessa forma, em julgamento no dia 06 de setembro de 2019, a 6ª Turma do TRF3, por unanimidade, suspendeu os efeitos da decisão do primeiro grau, para dar aplicabilidade à Resolução n. 1/2015.

Após o retorno do processo à origem, a Juíza Federal Rosana Ferri, em sentença exarada no 18 de fevereiro de 2021, julgou improcedente a ação civil pública proposta pelo MPF, entendendo pela validade e aplicabilidade da Resolução n. 1/2015 do CONAD. Na ocasião, a magistrada fundamentou sua decisão no sentido de que as CTs não seriam estabelecimentos de saúde, visto que seriam apenas de interesse e de apoio das políticas públicas às pessoas em situação de vulnerabilidade. Ainda, consta na sentença que as CTs integram o SISNAD, não o SUS ou o SUAS, sendo possível que o CONAD regulamente as atividades das CTs¹⁵¹.

Em seguida, o MPF interpôs apelação cível, que se encontra desde 25 de outubro de 2021 conclusa para julgamento junto ao TRF3. Em análise às razões de apelação, nota-se que uma das teses defendidas pelo MPF é de que a atividade de uma CT é indissociável da atenção à saúde, o que impossibilita o afastamento da competência do Ministério da Saúde para regulamentar esses espaços¹⁵². Nesse sentido, um dos argumentos destacados pelo MPF é de que “as comunidades terapêuticas não podem ser admitidas como serviços autônomos, destacados destes sistemas, muito menos quando prestam um serviço público”¹⁵³. Entretanto, ainda não houve resolução dessa demanda, embora já tenha passado quase uma década desde a publicação da Resolução n. 1/2015 pelo CONAD.

Continuando no relato cronológico sobre as normas relativas às CTs, o Decreto n. 7.179/2010 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e definiu a competência do Ministério da Saúde para a execução das ações previstas

¹⁵⁰ SÃO PAULO. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. **Agravo de instrumento n. 0016133-39.2016.4.03.0000**. Agravante: Ministério Público Federal. Relator: Des.ª Federal Consuelo Yoshida. São Paulo, 05 de setembro de 2019. Disponível em: <https://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/7286477>. Acesso em: 15 jul. 2023.

¹⁵¹ SÃO PAULO. 2ª Vara Cível Federal de São Paulo. **Ação civil pública n. 0014992-18.2016.4.03.6100**. Autor: Ministério Público Federal. Juíza Federal Rosana Ferri. São Paulo, 06 jul. 2016. Disponível em: <https://esaj.tjst.jus.br/cpopg/open.do>. Acesso em: 15 jul. 2023.

¹⁵² *Ibidem*.

¹⁵³ *Ibidem*.

no referido Plano¹⁵⁴. Em 2011, o art. 7º-A foi incluído ao Decreto n. 7.179/2010, de maneira que passou a ser possível que entidades privadas fizessem convênios, contratos de repasse e termos de cooperação para a execução do referido Plano¹⁵⁵. Dessa forma, o Decreto n. 7.179/2010 e as suas respectivas modificações são relevantes no histórico das CTs porque as enquadravam como entidades privadas aptas a receber recursos públicos através desse Plano de Enfrentamento ao Crack¹⁵⁶.

Em 2011, destacam-se duas normas importantes para a caracterização das CTs. A primeira foi a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA n. 29, publicada em 30 de junho¹⁵⁷. Essa Resolução revogou a RDC n. 101/2001, citada anteriormente, que tratava sobre o licenciamento sanitário das CTs. A RDC n. 101/2001 estabelecia exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como a aprovação de projeto físico da estrutura junto às autoridades sanitárias locais e a periodicidade de um ano para inspeção nesses serviços de atenção. Já a RDC n. 29/2011 apenas dispôs sobre normas gerais de funcionamento sanitário das CTs. Diferentemente da RDC n.101/2001 e da RDC n. 50/2002 supracitada, o conteúdo da RDC n. 29/2011 é amplo e sequer estabelece a periodicidade que deveriam ser realizadas medidas fiscalizatórias específicas nessas entidades. Assim, revogou-se uma norma mais detalhista e exigente para vigorar outra norma mais simples e genérica.

A segunda norma importante do ano de 2011 foi a Portaria n. 3.088 do Ministério da Saúde, posteriormente revogada pela Portaria de Consolidação n.

¹⁵⁴ BRASIL. **Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 06 jul. 2023.

¹⁵⁵ Em janeiro de 2011, a SENAD foi realocada do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República ao Ministério da Justiça, conforme informações do *site gov.br*, no seguinte local: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/historico-da-pnad>. Nesse sentido, conforme documento disponibilizado pelo Ministério da Saúde, entre as ações coordenadas pela SENAD e pelo Ministério da Saúde no Plano de Enfrentamento ao Crack, consta o financiamento de leitos em comunidades terapêuticas. O valor mensal pago por leito foi definido em R\$ 800,00, arcados por meio de recursos financeiros da SENAD. Essa informação está disponível em: <file:///G:/Meu%20Drive/TCC%20-%202023/3-g-Apresentacao-tripartite-plano-crack-novembro-2010.pdf>.

¹⁵⁶ RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 17.

¹⁵⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução-RDC n. 29, de 30 de junho de 2011**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 30 mai. 2023.

3/2017¹⁵⁸. Por meio dessa norma, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS. A finalidade da RAPS é criar, ampliar e articular pontos de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, assim como para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme o art. 1º da Portaria n. 3.088/2011. Nesse sentido, são diretrizes da RAPS o respeito aos direitos humanos, a garantia à autonomia e à liberdade das pessoas, além da diversificação das estratégias de cuidado com ênfase em serviços de base comunitária, de acordo com art. 2º da Portaria n. 3.088/2011.

A RAPS é composta por pontos de atenção em saúde que são aprofundados no quinto capítulo deste trabalho. É importante destacar, nesse momento, que o art. 11, § 2º, da Portaria n. 3.088/2011, estabelece que os hospitais psiquiátricos apenas poderiam ser acionados enquanto o processo de implementação e expansão da RAPS não fosse suficiente, visto que não compuseram o quadro dos pontos de atenção da Rede. Desse modo, a instituição da RAPS é considerada um importante marco, uma vez que promoveu a substituição do tratamento clássico asilar, centrado em internação e isolamento, por um modelo de atenção extra-hospitalar, baseado na reinserção dos usuários dos serviços em suas famílias e na comunidade.

Na Portaria n. 3.088/2011, as comunidades terapêuticas figuram expressamente como um dos componentes da RAPS. As CTs aparecem no ponto de atenção residencial com caráter transitório, denominado de Serviços de Atenção em Regime Residencial. Nesse sentido, o art. 9º, inciso II da Portaria n. 3.088/2011, caracteriza as CTs como serviços destinados a oferecer cuidados a adultos com necessidades decorrentes do uso de psicoativos e permanência de até nove meses. Desse modo, nota-se que as CTs ocupam um espaço expressamente regulado pelo âmbito da saúde.

O Ministério da Saúde, um mês após instituir a RAPS, possibilitou o incentivo financeiro destinado aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal para custear os serviços em regime residencial, como as CTs, por meio da Portaria n. 131/2012¹⁵⁹. Os recursos orçamentários dessa Portaria oneram o Ministério da Saúde, conforme

¹⁵⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jun. 2023.

¹⁵⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 15 jun. 2023.

consta no art. 24 da normativa¹⁶⁰. Para se realizar o pedido de financiamento por meio desses recursos no âmbito da saúde, a instituição precisa seguir determinados critérios, quais sejam, apresentar ofício do gestor de saúde local, licença sanitária atualizada, comprovação de existência e funcionamento por pelo menos 03 anos, projeto técnico e Certificado das Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS)¹⁶¹. Resende pressupõe que, devido ao rigor das exigências previstas na Portaria n. 131/2012, não existam CTs subsidiadas por recursos originados da saúde¹⁶². A pesquisa de Renata Weber, por sua vez, afirma que não há registro de financiamento público com recursos advindos do Fundo Nacional de Saúde (FDS) entre os anos de 2010 e 2019, o que corrobora com o entendimento de Resende¹⁶³.

Em relação ao CEBAS, em outubro de 2013, houve uma significativa alteração quanto à qualificação das CTs para obtenção do Certificado. A Lei n. 12.868/2013 incluiu o art. 7º-A e o art. 8º-B na Lei 12.101/2009, de maneira que as CTs que prestassem serviços aos SUS, por meio de atendimento e de acolhimento a pessoas que fizessem uso de substâncias psicoativas, poderiam ser certificadas, desde que qualificadas como entidades de saúde. Nesse sentido, CTs que fossem certificadas como entidades beneficentes de assistência social seriam isentas de contribuição para seguridade social¹⁶⁴. Posteriormente, a Portaria n. 834/2016 do Ministério da Saúde redefiniu os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes da área da assistência social e da saúde. Nesse sentido, a Portaria n. 834/2016 estabelece que as CTs podem ser certificadas, desde que sejam equiparadas a entidades de saúde.

Ressalta-se que o termo isenção utilizado na Lei 12.101/2009 é um equívoco de redação - já superado pelo Supremo Tribunal Federal¹⁶⁵. Nesse contexto, o Ministro

¹⁶⁰ Os recursos financeiros tratados na Portaria n. 131/2012 do Ministério da Saúde são onerados pelo Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

¹⁶¹ Art. 5º da Portaria n. 131/2012.

¹⁶² RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 18.

¹⁶³ WEBER, Renata. O financiamento público de Comunidades Terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 35.

¹⁶⁴ <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dcebas>

¹⁶⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 2.028/DF**. Requerente: Confederação Nacional de Saúde-Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS. Intimado: Presidente

Marco Aurélio, no RE 566.622, afirma que “não se trata de isenção, mas de imunidade, autêntica ‘limitação ao poder de tributar’”¹⁶⁶. De acordo com José Souto Maior Borges, essas imunidades cumprem a função de “assegurar certos princípios fundamentais ao regime, a incolumidade de valores éticos e culturais consagrados pelo ordenamento constitucional positivo e que se pretende manter livres das interferências ou perturbações da tributação”¹⁶⁷. Humberto Ávila, no mesmo sentido, afirma que “a causa justificativa da imunidade é facilitar, por meio da exclusão de encargos tributários, a consecução de finalidades que devem ser atingidas pelo próprio Estado”¹⁶⁸. Conclui-se, portanto, que essas certificações, como o CEBAS, são “formas indiretas de subvenção pública, uma vez que autorizam o não pagamento de diversos tributos”. Diante disso, é possível afirmar que o Estado promove incentivos para a iniciativa privada, como CTs, para auxiliá-lo no cumprimento de seus deveres e de suas funções sociais.

O Conselho Federal de Medicina, atento à possibilidade de financiamento público por meio do FDS, através da Resolução n. 2.056/2013, estabeleceu critérios para a autorização de funcionamento de serviços médicos¹⁶⁹. Nessa resolução, outra caracterização e, especialmente, uma diferenciação é feita entre as CTs. A primeira definição diz respeito às figuras das *comunidades terapêuticas de natureza médica*¹⁷⁰. Para essa categoria, são impostas regras semelhantes às seguidas por outros estabelecimentos hospitalares, como a obrigatoriedade de médico plantonista durante todo o período de funcionamento¹⁷¹. A segunda definição diz respeito ao que são comunidades terapêuticas não médicas, conhecidas como *CTs acolhedoras*. Nesses locais, não deve ocorrer prescrições médicas, tampouco internações involuntárias e compulsórias em virtude de transtorno psiquiátrico, dentre eles, os decorrentes de

da República. Brasília: Supremo Tribunal Federal, [2017]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1768733>. Acesso em: 02 ago. 2023.

¹⁶⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 566.622**. Recorrente: Sociedade Beneficente de Parobé. Recorrido: União. Brasília: Supremo Tribunal Federal, [2017]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565291>. Acesso em: 02 ago. 2023. p. 9

¹⁶⁷ BORGES, José Souto Maior. **Teoria Geral da Isenção Tributária**. 3ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011, p. 221.

¹⁶⁸ ÁVILA, Humberto. **Sistema Constitucional Tributário**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 273.

¹⁶⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 2.056, de 12 de novembro de 2013**. Disponível em: [/https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf). Acesso em: 02 jun. 2023.

¹⁷⁰ Art. 28, § 2º. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 2.056, de 12 de novembro de 2013**. Disponível em: [/https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf). Acesso em: 02 jun. 2023.

¹⁷¹ Art. 28, § 3º. *Ibidem*.

dependência química¹⁷². Posteriormente, essa diferenciação entre as comunidades terapêuticas médicas e acolhedoras foi reafirmada na Resolução n. 2.057/2013 do Conselho Federal de Medicina¹⁷³.

Por força do “Plano Crack: É possível vencer”, lançado no final de 2011 pelo SENAD, o financiamento de vagas em CTs pelo governo federal, especialmente do Ministério da Justiça, ganhou ainda mais relevância¹⁷⁴. Com previsão de investimento de 4 bilhões de reais pela União até 2014¹⁷⁵, o Programa promoveu a ideia de que existia uma epidemia de crack a ser combatida por ações conjuntas dos Ministérios da Justiça e da Segurança, da Saúde e do Desenvolvimento Social¹⁷⁶. Inclusive, em 2017, foi instituído o Comitê Gestor Interministerial, composto pelos Ministérios da Justiça e Segurança Pública, da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Trabalho¹⁷⁷. O Comitê, coordenado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, expressamente priorizou e focou no acolhimento residencial transitório de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como as CTs¹⁷⁸.

Foi nesse contexto que o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) publicou a Resolução n. 1 de 2015, um marco legal já citado anteriormente de extrema relevância no percurso regulatório da CTs. Na Resolução n. 1 de 2015, as CTs foram definidas como serviços que realizam acolhimento de pessoas que fazem uso de psicoativos, em caráter voluntário, sem fins lucrativos. Nessa caracterização, dois aspectos merecem destaque. Primeiro, as CTs não foram consideradas entidades que oferecem serviços assistenciais de saúde, diferenciando-se do conceito proposto de CTs integrantes da RAPS. Segundo, o tempo de permanência no serviço,

¹⁷² Art. 29, § 1º. **Resolução n. 2.056, de 12 de novembro de 2013**. Disponível em: [/https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf). Acesso em: 02 jun. 2023.

¹⁷³ Art. 11, § 3º e art. 12. *Ibidem*.

¹⁷⁴ IPEA. **Nota técnica n. 21, de março de 2017**. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 10 jun. 2023. p. 7.

¹⁷⁵ MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. **14/12 - Programa Crack, é Possível Vencer tem a adesão de 14 estados e conta com R\$ 4 bilhões até 2014**. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas_noticias/2012/12/14-12-programa-crack-e-possivel-vencer-tem-a-adesao-de-14-estados-e-conta-com-r-4-bilhoes-ate-2014. Acesso em: 15 jun. 2023.

¹⁷⁶ RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 18.

¹⁷⁷ Art. 3º. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DO TRABALHO. **Portaria Interministerial n. 2, de 21 de dezembro de 2017**. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-interministerial-no-2-de-21-de-dezembro-de-2017/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

¹⁷⁸ Art. 6º. *Ibidem*.

diferentemente do estabelecido na Portaria n. 3.088/2011, aumentou de nove meses para doze meses. A configuração de CTs proposta pela Resolução n. 1 de 2015 aparenta se aproximar daquela encabeçada pela FEBRACT, em que a concepção de tratamento é fundamentada na convivência entre pares, no enfoque religioso-espiritual e na utilização de laborterapia. A partir disso, nota-se que a conceituação de CTs se distancia cada vez mais do campo da saúde.

Ao final de 2015, o Ministério da Saúde instituiu o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), um documento público de cadastramento de informações de estabelecimentos de saúde, independentemente da natureza jurídica ou de integração ao SUS¹⁷⁹. Após um ano, em 2016, o Ministério da Saúde incluiu na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do CNES o n. 83, designado como “polo de prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde”, conforme o art. 1º da Portaria n. 1.482/2016, reproduzido na íntegra como:

Art. 1º Fica incluído na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do CNES, o tipo 83 - POLO DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.

§1º Para efeitos desta Portaria, são considerados elegíveis ao cadastramento no CNES as entidades de promoção à saúde e as **comunidades terapêuticas**.

§ 2º Conceitua-se por Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde os estabelecimentos que desenvolvem atividades de Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Produção do Cuidado, cujas **ações e serviços de saúde são de caráter individual ou coletivo, compreendendo práticas corporais, artísticas e culturais, práticas integrativas e complementares, atividades físicas, promoção da alimentação saudável ou educação em saúde**¹⁸⁰. (Grifado).

Percebe-se que o conceito utilizado no tipo 83 do CNES se aproxima da definição de uma comunidade terapêutica de acolhimento, embora não tenha sido feita expressamente uma distinção como a proposta pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução n. 2.056/2013.

¹⁷⁹ Art. 2º. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.646, de 02 de outubro de 2015**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html. Acesso em: 15 jun. 2023.

¹⁸⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 21 jun. 2023.

Ainda no âmbito da saúde, foram consolidadas normas sobre as redes do SUS por meio da Portaria de Consolidação n. 3/2017¹⁸¹ e da Portaria de Consolidação n. 6/2017¹⁸², publicadas em 28 de setembro de 2018. Em análise ao texto das duas Portarias, percebe-se que não houve mudanças significativas quanto à caracterização das CTs, uma vez que foi mantida a definição já estabelecida pela Portaria n. 3.088/2011, que instituiu a RAPS. Também foi preservado, sem qualquer distinção, o incentivo financeiro destinado aos Estados, aos Municípios e ao DF para custear CTs por conta do orçamento do Ministério da Saúde, ainda reflexo da Portaria n. 131/2012¹⁸³.

De volta à esfera do Ministério da Justiça, o CONAD aprovou as diretrizes de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), através da Resolução n. 01/2018, de 09 de março de 2018¹⁸⁴. Entre as premissas básicas das diretrizes do PNAD, destaca-se a promoção de abstinência como uma orientação à rede de cuidados no contexto da política nacional sobre drogas, conforme disciplinado no art. 1º, inciso III, da Resolução. O § 2º do art. 1º Resolução n. 01/2018 também chama a atenção por dispor expressamente que a União deve fomentar a rede de suporte social do PNAD, composta também por CTs.

Devido ao fortalecimento desses espaços, inclusive, pelas Frentes Parlamentares formadas na Câmara dos Deputados e no Senado¹⁸⁵, foi criado um Comitê das Comunidades Terapêuticas pela Portaria n. 3.449/2018¹⁸⁶. Esse Comitê foi mencionado na Nota Técnica n. 11 do Ministério da Saúde, publicada em 2019¹⁸⁷. Essa Nota Técnica n. 11 é relativa aos esclarecimentos das mudanças na Política

¹⁸¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria da Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 jun. 2023.

¹⁸² MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria da Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 22 jun. 2023.

¹⁸³ Art. 1040. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria da Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 22 jun. 2023.

¹⁸⁴ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Resolução n. 1, de 09 de março de 2018**. Disponível em: https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/1227/2/RES_CONAD_2018_1.html. Acesso em: 07 jun. 2023.

¹⁸⁵ No dia 23 de abril de 2019, foi lançada a Frente Parlamentar Mista em Defesa das Comunidades Terapêuticas pelo senador Eros Biodini, que coordenara uma frente semelhante na Câmara Federal em 2015. Fonte: <https://www.camara.leg.br/noticias/556020-frente-parlamentar-defende-comunidades-terapeuticas/>.

¹⁸⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.449, de 25 de outubro de 2018**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176>. Acesso em: 23 jun. 2023.

¹⁸⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica n. 11, de 04 de fevereiro de 2019**. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2023.

Nacional de Saúde Mental em função das novas diretrizes do PNAD. Nesse sentido, as CTs aparecem como componentes das RAPS, embora tenha sido estabelecido que as entidades que contratassem com o poder público deveriam seguir a Resolução do CONAD n. 1/2015. Também voltam à cena os hospitais psiquiátricos que não compunham os pontos de serviços entre as Portarias de Consolidação citadas anteriormente. Essa reinserção de hospitais psiquiátricos na RAPS, sob o argumento de que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos”¹⁸⁸, demonstra a retomada de práticas já superadas pela Reforma Psiquiátrica e que, novamente, se inserem na rede de saúde.

Diante dessas circunstâncias, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo emitiu uma nota de repúdio à Nota Técnica n. 11 publicada pelo Ministério da Saúde. O trecho que se destaca da nota de repúdio é o seguinte:

O conteúdo da nota técnica apresenta que os investimentos e incentivos do governo federal em saúde mental terão ênfase principalmente na reabertura de leitos públicos em hospitais psiquiátricos, investimentos e parcerias com as chamadas comunidades terapêuticas, atendimento em ambulatórios especializados e incentivos à prescrição e realização de ECT (eletroconvulsoterapia). (...) modelo de cuidado em liberdade está em jogo com o reinvestimento em hospitais psiquiátricos, instituições que tampouco deixarão de violar direitos humanos considerando a atual conjuntura social, econômica e política. **As comunidades terapêuticas são instituições privadas, sistematicamente denunciadas e fiscalizadas em razão de situações de maus tratos, práticas de violência e violações de direitos humanos. Reproduzem o modelo manicomial com estruturas muitas vezes ainda mais precárias e perversas, enraizadas em um pressuposto de que a pessoa em sofrimento psíquico carrega falhas morais e de caráter que precisam ser corrigidas através da espiritualidade e religião**¹⁸⁹. (Grifado)

Em 2019, sob a vigência da Medida Provisória n. 870, convertida na Lei 13.844/2019, a competência do SISNAD foi transferida do Ministério da Justiça para o Ministério da Cidadania, sob o âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Sob a nova égide ministerial, duas regulamentações merecem destaque: (i) a Portaria n. 562/2019, que disciplinou sobre plano de fiscalização e de monitoramento das CTs¹⁹⁰; e (ii) a Portaria n. 563/2019, que

¹⁸⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica n. 11, de 04 de fevereiro de 2019**. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2023. p. 5.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

¹⁹⁰ MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria n. 562, de 19 de março de 2019**. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67753796/do1-2019-03-20-portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613. Acesso em: 28 jun. 2023.

regulou sobre o credenciamento das CTs na SENAPRED¹⁹¹. Entretanto, nota-se que o planejamento de fiscalização proposto pela Portaria n. 562/2019 é enxuto e apresenta conceitos jurídicos indeterminados. Nesse sentido, por exemplo, há previsão de inviabilidade de monitoramento de CTs, caso haja indisponibilidade de logística administrativa¹⁹². A Portaria n. 562/2019, no entanto, não esclarece o que seria um caso de inviabilidade de monitoramento tampouco o que poderia ser considerado como uma indisponibilidade de logística administrativa, de modo que estabelece precedentes para não haver monitoramento das CTs cadastradas.

Também em 2019, o realinhamento do PNAD foi aprovado pelo Decreto n. 9.761, de 11 de abril¹⁹³. O que novamente se sobressai é a robusta menção a políticas públicas de redução de demanda de drogas por meio da prevenção, promoção e manutenção de abstinência. Essa diretriz é contrária à redução de danos proposta pela RAPS, o que será aprofundado no quinto capítulo deste trabalho.

Nessa perspectiva, o Congresso Nacional promulgou a Lei n. 13.840/2019 que introduziu o art. 26-A na Lei n. 11.343/2006. Esse artigo é importante, pois expressamente estabelece que o acolhimento ao usuário de drogas em comunidade terapêutica acolhedora deve se pautar: (i) na oferta de projetos terapêuticos que objetivem à abstinência; (ii) na adesão e na permanência do usuário de forma voluntária; (iii) no ambiente residencial pensado para a convivência entre pares; e (iv) na vedação de isolamento físico. Já o tratamento do usuário ou do dependente de drogas fica a cargo da rede de atenção à saúde, com preferência às modalidades ambulatoriais e, excepcionalmente, às formas de internação em unidades de saúde ou em hospitais gerais, nos termos do art. 23-A, também introduzido pela Lei n. 13.840/2019. Ainda, é relevante notar que ficou estabelecida a vedação de qualquer modalidade de internação nas CTs, conforme art. 23-A, § 9º, da Lei n. 13.840/2019. A partir dessa normativa, percebe-se a intenção do legislador no sentido de não confundir, de um lado, as CTs acolhedoras, regidas pelo art. 26-A da Lei n. 11.343/2006, pela Resolução ANVISA n. 29/2011 e pela Resolução CONAD n.

¹⁹¹ MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria n. 563, de 19 de março de 2019**. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/portaria/portaria-ndeg-563-de-19-de-marco-de-2019>. Acesso em: 28 jun. 2023.

¹⁹² Art. 6º. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria n. 562, de 19 de março de 2019**. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67753796/do1-2019-03-20-portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613. Acesso em: 28 jun. 2023.

¹⁹³ BRASIL. **Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 20 jul. 2023.

1/2015, de natureza extra-hospitalar e comunitária, de demanda espontânea e acolhimento voluntário, com os estabelecimentos clínicos hospitalares.

Diante dessa diferenciação entre acolhimento e tratamento, a ANVISA, em 25 de maio de 2020, emitiu a Nota Técnica n. 2 para maiores esclarecimentos¹⁹⁴. Nessa Nota, a Agência elucida que a categoria de CT denominada de acolhedora, que é fundamentada na convivência entre os pares e na abstinência, deve ser considerada como um serviço de interesse para saúde, e não um serviço propriamente de saúde. Com isso, percebe-se um distanciamento ainda maior das CTs acolhedoras do âmbito da saúde, visto que deixaram de ser consideradas serviços dessa área.

Em 2021, foi facilitada a concessão de CEBAS às comunidades terapêuticas acolhedoras por meio da Lei Complementar 187, de 16 de dezembro¹⁹⁵. Essa normativa, inclusive, conceitua CTs no art. 32, § 2º, cuja disposição é a seguinte:

Art. 32. A certificação de entidade beneficente será concedida ou renovada às instituições que atuem na redução da demanda de drogas, nos termos desta Subseção.

§ 1º Consideram-se entidades que atuam na redução da demanda de drogas:
I – as comunidades terapêuticas;

[...]

§ 2º Considera-se comunidade terapêutica o **modelo terapêutico de atenção em regime residencial e transitório, mediante adesão e permanência voluntárias**, a pessoas com problemas associados ao uso, ao abuso ou à dependência do álcool e de outras drogas acolhidas em ambiente protegido e técnica e eticamente orientado, que tem como **objetivo promover o desenvolvimento pessoal e social, por meio da promoção da abstinência, bem como a reinserção social, buscando a melhora geral na qualidade de vida do indivíduo**. (Grifado).

Em decorrência da Lei 14.600/2023, retornou do Ministério da Cidadania para o Ministério da Justiça e Segurança Pública a articulação, coordenação, supervisão, integração e proposição das ações do governo e do SISNAD¹⁹⁶. Outra mudança prevista na Lei 14.600/2023 foi a reformulação do Ministério da Cidadania, visto que foram instituídos o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania e o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Esse último

¹⁹⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica n. 02, de 25 de maio de 2020**. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/NOTA+T%C3%89CNICA+CSIPS+SOBRE+COMUNIDADES+TERAP%C3%8AUTICAS+ACOLHEDORAS_vers%C3%A3o+final/f9c8ccad-fbf5-4baa-b098-52c0c56e14a6. Acesso em: 25 jul. 2023.

¹⁹⁵ BRASIL. **Lei Complementar n. 187, de 16 de dezembro de 2021**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp187.htm. Acesso em: 08 jun. 2023.

¹⁹⁶ BRASIL. **Lei n. 14.600, de 19 de junho de 2023**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14600.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

Ministério conta com o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, cuja competência diz respeito a (i) apoiar o Ministério da Justiça e Segurança Pública e demais órgãos do poder executivo federal, no âmbito de suas competências, na execução das ações do Governo e do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas relacionadas à atenção e à reinserção social de usuários e dependentes de drogas; (ii) apoiar as ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, em consonância com as políticas do SUS e SUAS; (iii) propor a celebração de contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres com os entes federativos, entidades públicas e privadas; (iv) propor parcerias com órgãos governamentais e não governamentais que realizam atividades voltadas ao cuidado¹⁹⁷.

Acerca do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, o Conselho Nacional de Saúde elaborou a Recomendação n. 01/2023, propondo a revogação dessa criação¹⁹⁸. O Conselho fundamenta sua recomendação quando destaca que as CTs não são equipamentos cuja efetividade tenha sido comprovada para, isoladamente, realizar assistência a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e para possuir um departamento específico de política de Estado. Além disso, a Recomendação n. 01/2023 ainda afirma que há uma indefinição quanto à natureza das CTs, tendo em vista que foram inseridas no CNES e, ao mesmo tempo, não são considerados equipamentos de saúde, de acordo com a Lei n. 11.343/2006, alterada pela Lei n. 13.840/2019. Entretanto, até agosto de 2023, o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas consta na composição do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome¹⁹⁹.

Em 21 de junho de 2023, a Portaria n. 757 do Ministério da Saúde fez alterações importantes no âmbito do cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas²⁰⁰. Por meio dessa normativa, repristinou-se o cuidado em atenção hospitalar feito em leitos de psiquiatria em hospital geral e leitos de saúde mental em hospital

¹⁹⁷ MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME. **Composição**. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/composicao>. Acesso em 29 jul. 2023.

¹⁹⁸ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação n. 01, de 26 de janeiro de 2023**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>. Acesso em 29 jul. 2023.

¹⁹⁹ MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME. **Composição**. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/composicao>. Acesso em 29 jul. 2023.

²⁰⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 757, de 21 de junho de 2023**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html. Acesso em: 04 jul. 2023.

geral às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Além disso, foram revogados os dispositivos legais que indicavam o cuidado desse público para ser realizado em hospital psiquiátrico especializado e em hospital dia, embora ainda ficou mantido o custeio desses serviços até nova regulamentação sobre a matéria²⁰¹.

Desse modo, finaliza-se a busca por normativas referentes às CTs. Cumpre ressaltar que, até o momento da escrita do presente trabalho, persistem as dificuldades de definir a natureza das CTs - se enquadradas no âmbito da saúde ou se são equipamentos de apoio à saúde. Também não é possível afirmar com exatidão acerca da efetividade das CTs como forma isolada de cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Essas tensões são, possivelmente, reflexos das disputas nos campos da saúde, da assistência social e da justiça, conforme é possível analisar na descrição das normas relativas às CTs.

A respeito dessas tensões mencionadas, percebe-se que, no setor da justiça, impera a disputa entre os paradigmas proibicionista e o antiproibicionista. O primeiro é referente ao discurso antidrogas que visa ao combate das drogas, à repressão da produção e da oferta de substâncias psicoativas. O segundo prega a ideia de que o uso de drogas não deveria ser associado a um crime e de que as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas deveriam ser cuidadas fora de ambientes prisionais²⁰². Já no setor da saúde e da assistência social, existe divergência do paradigma asilar e do paradigma psicossocial²⁰³. O paradigma asilar sustenta a ideia de tratamento baseado em internação e em medicamentos, geralmente em hospital psiquiátrico. O paradigma psicossocial ou de redução de danos preza pelo cuidado em rede de atenção territorializada, tendo em vista que a dependência de drogas é considerada um resultado do encontro de uma pessoa com a droga em dado momento sociocultural²⁰⁴.

²⁰¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 757, de 21 de junho de 2023**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html. Acesso em: 04 jul. 2023.

²⁰² BOTTINI, Pierpaolo Cruz. **Porte de drogas para uso próprio e o Supremo Tribunal Federal**. Rio de Janeiro: Viva Rio; 2015.

²⁰³ AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

²⁰⁴ TEIXEIRA, Mirna Barros, *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 5, p. 1455-1466, mai. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>. Acesso em: 13 jul. 2023. p. 1456.

Desse modo, nota-se que a formulação de políticas públicas no campo de álcool e outras drogas não segue uma tendência linear²⁰⁵. Ora são sustentadas estratégias com base asilar e proibicionista, ora modelos psicossociais e antiproibicionistas. Frisa-se que a expressão “políticas públicas”, neste trabalho, é considerada como uma totalidade de “programas ou ações governamentais necessárias e suficientes, integradas e articuladas para a provisão de bens ou serviços à sociedade, financiadas por recursos orçamentários ou por benefícios de natureza tributária, creditícia e financeira”²⁰⁶. É importante destacar que a realização de determinadas políticas públicas deve levar em conta o interesse social²⁰⁷.

Ressalta-se que a distinção entre políticas públicas de governo e políticas públicas de Estado parece ser necessária para o enfrentamento dessa temática. Todavia, essa diferenciação é considerada simplista por alguns autores. Isso porque as políticas de Estado e as de governo exigem atos vinculados e discricionários tanto do legislador quanto do administrador²⁰⁸. Assim, é temerária a associação de uma política de Estado a atos vinculados e de uma política de governo à discricionariedade. O que pode ser afirmado em relação às políticas públicas é que “quanto maior for o grau de institucionalização, maior tende a ser sua permanência, maior tende a ser seu controle e mesmo a resistência da sociedade em relação às possíveis alterações”²⁰⁹.

Assim sendo, pode-se inferir que as CTs são políticas públicas incentivadas pelo Estado, que estão emaranhadas nessas tensões intersetoriais e que se apresentam cada vez mais como estratégias para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas²¹⁰.

²⁰⁵ TEIXEIRA, Mirna Barros, *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, mai. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>. Acesso em: 13 jul. 2023. p. 1452.

²⁰⁶ CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, *et al.* **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise ex post. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, v. 2, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/governanca/comite-interministerial-de-governanca/arquivos/avaliacao-de-politicas-publicas-guia-pratico-de-analise-ex-post.pdf>. Acesso em 20 jul 2023. p. 14.

²⁰⁷ CAMARGO, Ricardo Antônio Lucas. **Economia política para o curso de direito**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2012. p. 49.

²⁰⁸ BITTENCOURT, Caroline Muller; RECK, Janriê Rodrigues. Políticas públicas de Governo e de Estado – uma distinção um pouco complexa: necessidade de diferenciação entre modelos decisórios, arranjos institucionais e objetivos de políticas públicas de Governo e Estado. **Revista de Direito Econômico Socioambiental**, v. 12, n. 3, p. 631-667, set./dez. 2021. DOI: 10.7213/rev.dir.econ.soc.v12i3.28105. p. 646

²⁰⁹ *Ibidem*, p. 640.

²¹⁰ MELLO, Mariane Capellato; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Análise do Funcionamento de Comunidade Terapêutica para Usuários de Drogas. **Athenea Digital**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 379-399, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.2012>. Acesso em: 25 jul. 2023. p. 396

4 O FINANCIAMENTO PÚBLICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NOS NÍVEIS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

Se comunidades terapêuticas são consideradas políticas públicas no Brasil, conseqüentemente, existe um orçamento público destinado à manutenção dessas entidades. É fundamental, portanto, compreender a forma pela qual as CTs se sustentam. Para isso, este capítulo se dedica a entender como são disciplinadas as finanças públicas e como as CTs se encaixam nessas diretrizes nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Para fins de pesquisa, foram escolhidos para aprofundamento do estudo o Estado do Rio Grande do Sul e o Município de Porto Alegre, respectivamente, como ente da federação e ente municipal, tendo em vista o local onde este trabalho foi elaborado. Desse modo, o capítulo é subdividido em três partes: financiamento pela União, financiamento pelo Estado do Rio Grande do Sul e financiamento pelo Município de Porto Alegre.

4.1 O financiamento público das comunidades terapêuticas no âmbito federal

Com a publicação da Lei n. 10.216/2001, conforme já descrito nos itens 2.2 e 3.2 deste trabalho, altera-se o foco de cuidado em saúde mental dos serviços hospitalares para os serviços em rede de base comunitária. Entre 2001 e 2009, o governo federal investiu fortemente em ações e programas extra-hospitalares e em interiorizar a Rede de Atenção Psicossocial²¹¹. Entre 2010 e 2011, as comunidades terapêuticas começaram a receber recursos federais. No setor da Justiça, por meio do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), o financiamento comumente ocorre através da contratação de vagas via editais públicos. Com a implementação do “Plano Crack: É possível vencer” em 2011, sob a coordenação do Ministério da Justiça e do Gabinete Institucional da Presidência da República, esses editais começaram a ser mais recorrentes²¹².

²¹¹ GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.51-8, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>. Acesso em: 25 jul. 2023.

²¹² PAINEL SAÚDE MENTAL: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: **Desinstitute**, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 17 jul. 2023. p. 68.

Nesse contexto, frisa-se que a temática sobre álcool e outras drogas se afastou gradativamente do campo da saúde, como é possível perceber através das normativas descritas no item 3.2 deste trabalho. Essa tensão foi aumentando a ponto de, em 2017, o Ministério da Justiça e Segurança Pública coordenar um Comitê Gestor Interministerial sobre a política de álcool e outras drogas, oficializando o afastamento da pasta da saúde do tema. Isso ocorreu em decorrência da lacuna deixada pelo Ministério da Saúde ao não disciplinar sobre questões de tratamento e de prevenção do uso de álcool e outras drogas. Frente à ausência de diretrizes, as CTs ocuparam o espaço e passaram a oferecer serviços de acolhimento.

Desse modo, os gastos com as CTs oneram o FUNAD, gerido pelo SENAD. Esses recursos advindos do FUNAD são utilizados na contratação de vagas em CTs, as quais são selecionadas a partir de editais de chamamento público ou são contempladas com investimentos provenientes de emendas parlamentares. Os valores que subsidiam o FUNAD estão descritos nas ações funcionais programáticas indicadas nos planos plurianuais²¹³, conforme será visto a seguir. Nesse contexto, é evidente a necessidade de abordar a organização dos recursos financeiros no âmbito da União.

A Constituição Federal de 1988, no art. 165, disciplina que o Poder Executivo deve estabelecer as leis referentes ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias e aos orçamentos anuais. O plano plurianual (PPA), com vigência de quatro anos, é instituído de forma regionalizada e indica as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para despesas de capital e também para as despesas de programas continuados²¹⁴. Já a lei de diretrizes orçamentárias (LDO) estabelece as metas e as prioridades da administração pública federal, fixa as diretrizes da política fiscal e orienta a elaboração da lei orçamentária anual (LOA)²¹⁵. Por fim, a LOA apresenta as ações que se pretende realizar e o montante financeiro que se destina a executá-las.

²¹³ WEBER, Renata. O financiamento público de Comunidades Terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 35.

²¹⁴ Art. 165. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jul. 2023.

²¹⁵ PISCITELLI, Tathiane. **Direito Financeiro**. São Paulo: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9786559775231. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559775231/>. Acesso em: 11 ago. 2023. p. 73.

Os três instrumentos de planejamento e de orçamento se organizam a partir de ações funcionais programáticas, de ações orçamentárias pertencentes a programas, de áreas específicas e de unidades que executam²¹⁶. Podem ainda ocorrer emendas parlamentares ao orçamento, cujo objetivo diz respeito à contribuição do Poder Legislativo no conteúdo das leis, visto que é possível incluir, alterar ou suprimir proposições²¹⁷. Cumpre ressaltar que as emendas somente são passíveis de aprovação caso sejam compatíveis com o PPA e a LDO²¹⁸.

No intuito de apresentar os dados coletados por estudos recentes sobre o financiamento federal de CTs e de demonstrar a pesquisa realizada quanto ao PPA vigente, é necessário dividir o presente trabalho em dois segmentos. No primeiro segmento, são expostos os estudos de outros autores sobre o financiamento federal de CTs. No segundo segmento, são elaboradas constatações sobre o PPA 2020-2023, vigente à época da escrita deste trabalho, acerca do financiamento atual de CTs.

4.1.1 Estudos recentes sobre o financiamento público federal de comunidades terapêuticas no Brasil

O primeiro estudo que se destaca, para esta pesquisa, sobre a temática de financiamento público federal de CTs no Brasil é de autoria da pesquisadora Renata Weber. Esse estudo foi publicado em 2021, em colaboração com o *Social Science Research Council*, uma organização internacional independente e sem fins lucrativos²¹⁹. Weber pesquisou sobre os gastos federais relativos às CTs entre os anos de 2010 e 2019 e realizou uma estimativa do montante investido nessas entidades durante o período mencionado.

²¹⁶ WEBER, Renata. O financiamento público de Comunidades Terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. In: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 32

²¹⁷ BLIACHERIENE, Ana Carla. Orçamento Impositivo à Brasileira. In: HORVATH, Estevão; CONTI, José Maurício; SCAFF, Fernando Facury (Org.). **Direito Financeiro, Econômico e Tributário**: Estudos em Homenagem a Regis Fernandes de Oliveira. São Paulo: Quartier Latin, 2014. p. 63.

²¹⁸ ABRAHAM, Marcus. **Curso de Direito Financeiro Brasileiro**. São Paulo: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9786559647408. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559647408/>. Acesso em: 11 ago. 2023. p. 420.

²¹⁹ FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023.

Inicialmente, a autora destaca que, embora o Ministério da Saúde tenha publicado três editais de chamamento público para credenciar CTs entre os anos pesquisados, não houve projeto que tenha recebido recursos do Fundo Nacional de Saúde, do qual se originam todos os recursos federais do SUS. Inclusive, a *Revista Em Discussão!* do Senado Federal noticiou, em agosto de 2011, que a relação entre as CTs e o poder público era restrita, em virtude da falta de condições técnicas que essas entidades apresentavam. À época, o coordenador da área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, Roberto Tykanori Kinoshita, afirmou que não havia intenção de estreitar os laços entre o sistema de saúde e as CTs²²⁰. Também é de se observar na reportagem que a Associação Brasileira de Psiquiatria, representada por Emmanuel Fortes, manifestou ser temerário o aumento de investimentos públicos para essas entidades, visto que não existiam evidências satisfatórias que corroborassem com tal posicionamento do Estado²²¹.

Diante desse contexto, Weber compilou os gastos federais com CTs a partir do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), criado pela Lei n. 7.560, de 19 de dezembro de 1986, no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública²²². Até o ano de 2019, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) geriu o FUNAD, cuja principal finalidade é o financiamento de ações, projetos e programas relativos à política nacional de drogas²²³. O FUNAD é capitaneado por recursos indicados nos programas de orçamento que compõem o PPA e que, posteriormente, relacionam-se com a LOA.

De início, é importante referir que a relação que as CTs mantiveram com a União entre os anos pesquisados se deu por contrato administrativo, mediante o critério de credenciamento, com dispensa de licitação²²⁴. Assim, a autora verificou os editais de chamamento público em que as CTs explicitamente são mencionadas e os

²²⁰ LEÃO, Eduardo (dir). Dependência Química Crack assusta e revela um Brasil despreparado. *Revista Em Discussão!*, Brasília, ano 2, n. 8, 2011. p. 61

²²¹ *Ibidem*, p. 64.

²²² BRASIL. **Lei n. 7.560, de 19 de dezembro de 1986**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7560.htm. Acesso em: 15 ago. 2023.

²²³ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD**. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/fundo-nacional-antidrogas-funad>. Acesso em: 05 ago 2023.

²²⁴ MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Edital de credenciamento público n. 17, de 12 de dezembro de 2019**. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/Edital%2017/Edital%2017-2019%20-%20MC-SENAPRED.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023. p. 2.

relacionou às ações funcionais programáticas presentes nos programas elencados nos PPAs.

A partir dessa metodologia, Weber encontrou os seguintes editais: Edital de Chamamento Público nº 1/2012²²⁵; Edital de Chamamento Público nº 1/2013²²⁶; Edital de Chamamento Público nº 7/2014²²⁷; e Edital de Chamamento Público nº 1/2018²²⁸. No que diz respeito aos programas dos PPAs consoantes ao FUNAD, ressalta-se que os nomes e os números se alteram devido às modificações de um PPA para outro. Assim, foram encontrados: no PPA 2008-2011, o “Programa 0665 Gestão da Política Nacional Sobre Drogas”; no PPA 2012-2015, o “Programa 2060 - Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de Crack, Álcool e outras Drogas”; e no PPA 2016-2019, o “Programa 2085 - Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social”. A autora também coletou os valores referentes às emendas orçamentárias publicadas pelo Ministério da Justiça e os valores empenhados ligados diretamente a CTs. Os resultados foram compilados por Weber, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1 - Gastos federais^a (FUNAD) com CTs, 2010-2019.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
em reais	7,61	14,27	15,61	82,76	104,79	95,09	71,55	68,47	119,58	70,41
em reais de 2019	12,86	22,78	23,40	117,19	140,10	119,48	81,24	73,13	124,06	70,41
em dólar dos EUA	4,57	7,61	7,64	35,33	39,45	24,35	21,96	20,70	30,86	17,47

^a em milhões

Fonte: WEBER, Renata. O financiamento público de Comunidades Terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. *In*: RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 30 jul. 2023. p. 40.

Da Tabela 1, destaca-se que os gastos federais com CTs oriundos do FUNAD sofrem variações ano a ano. A primeira variação relevante é quanto ao edital de chamamento público, visto que apenas quatro editais, que tiveram efeitos financeiros

²²⁵ Publicado no DOU nº 216, de 08/11/2012, Seção 3.

²²⁶ Publicado no DOU nº 153, de 09/08/2013, Seção 3.

²²⁷ Publicado no DOU nº 124, de 02/07/2014, Seção 3.

²²⁸ Publicado no DOU nº 79, de 25/04/2018, Seção 3.

entre 2010 a 2019, foram publicados. A segunda variação é relativa às emendas parlamentares que indicam montantes por meio de convênios e de repasses diretos. Assim, foi possível perceber que os maiores investimentos em CTs ocorreram em 2014 e em 2018, com gastos estimados de R\$ 140,10 milhões e de R\$ 124,06 milhões²²⁹, respectivamente. Para fins de comparação, o governo federal informou que reservara, via FUNAD, R\$ 153,7 milhões, para o ano de 2019, e R\$ 300 milhões, para o ano de 2020, para financiar CTs por meio de editais de chamamento²³⁰.

O segundo estudo relevante para esta pesquisa foi realizado pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento em conjunto com o Conectas Direitos Humanos, apoiados pelo *Open Society Foundation*²³¹. Esse relatório executivo foi publicado em abril de 2022 e levantou dados sobre o financiamento público de CTs durante os anos de 2017 a 2020 no Brasil. Para tanto, os pesquisadores buscaram no PPA 2016-2019 o programa relativo ao financiamento de CTs. Assim, descobriram o “Programa 2085 - Redução do impacto social do álcool e outras drogas”, cuja coordenação foi transferida do Ministério da Justiça e Segurança ao Ministério da Cidadania em 2019²³², como já referido anteriormente, no item 3.2. Entre as iniciativas do Programa 2085, consta a “07FW - Financiamento de, no mínimo, 4.000 vagas ao ano, em entidades prestadoras de serviços de acolhimento a transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (comunidades terapêuticas)²³³”. No entanto, os pesquisadores revelaram que os valores dessa iniciativa não se encontram individualizados, o que prejudica a precisão do levantamento de dados²³⁴.

²²⁹ Os valores foram atualizados para Reais de 2019, pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo, pela pesquisadora Renata Weber, a fim de que pudessem ser comparados.

²³⁰ PAINEL SAÚDE MENTAL: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: **Desinstitute**, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 17 jul. 2023. p. 69.

²³¹ FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023.

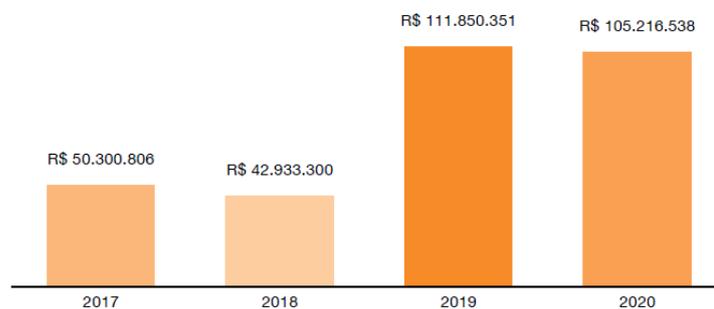
²³² Em 2019, sob a vigência da Medida Provisória n. 870, convertida na Lei 13.844/2019, certas atribuições da SENAD, coordenada pelo Ministério da Justiça, foram transferidas para a SENAPRED, o que resultou na transferência dos recursos do FUNAD para o Ministério da Cidadania.

²³³ MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Plano Plurianual 2016-2019**. Anexo I - Programas finalísticos. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/sem-logo-anexo-i-atualizado-2022.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023. p. 272.

²³⁴ FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 13.

Diante da ausência de descrição dos valores específicos para cada iniciativa do Programa 2085, buscou-se no Edital de Chamamento Público da SENAPRED n. 17, de 12 de setembro de 2019, as despesas específicas do referido programa. Dessa forma, encontrou-se a ação orçamentária 215S que, no nível da execução orçamentária, não estabeleceu o valor preciso destinado às CTs. Diante disso, os pesquisadores afirmam que somente na base de pagamentos, ou seja, em cada ordem bancária realizada pelo governo federal, seria possível quantificar dados mais precisos. Assim, o pagamento efetivamente feito pelas vagas em CTs entre 2017 e 2020 foi estimado em R\$ 309,3 milhões²³⁵, com aumento significativo a partir de 2019²³⁶. Em outra perspectiva, verificou-se que, por exemplo, foram alocados R\$ 50,3 milhões, em 2017, e R\$ 105,21 milhões, em 2020, para financiamento de CTs, de acordo com o Gráfico 1, exposto a seguir.

Gráfico 1 - Financiamento federal de CTs (2017-2020) em milhões de reais ajustados para o valor de 2020.



Fonte: FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. p. 18.

É importante realizar a comparação entre os resultados de ambos os estudos. O primeiro estudo, elaborado por Weber, coletou três valores: os empenhados em ações programáticas que foram citadas em editais de chamamento de CTs, os valores de emendas parlamentares e os empenhados diretamente ligados a CTs. O segundo, apresentado pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento em conjunto com o Conectas Direitos Humanos, apresentou os resultados obtidos a partir de registros de

²³⁵ Valor corrigido pela moeda corrente no ano de 2020.

²³⁶ FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023. p. 19.

pagamentos efetuados pelo governo federal. Nota-se que os valores não são similares, especialmente o do ano de 2019, comum aos dois estudos.

Essas diferenças entre os estudos podem ter se originado da dificuldade de se adotar uma metodologia capaz de obter dados específicos dos gastos federais com CTs. Presume-se que esse empecilho advém da ausência e/ou da generalidade de informações disponibilizadas pelo governo federal e das várias modificações realizadas nas estruturas de planejamento e orçamento, como a troca de programas e ações. Essas questões, portanto, tornam-se entraves quando se realiza o percurso do dinheiro destinado às CTs.

4.1.2 O financiamento público federal de comunidades terapêuticas: valores estimados entre os anos de 2020 e 2023

Para iniciar a pesquisa sobre os valores destinados às CTs no âmbito federal, buscou-se reproduzir a metodologia empregada nos estudos detalhados anteriormente. Cumpre ressaltar, entretanto, que a pesquisa foi realizada com as devidas alterações em virtude das diferenças entre as estruturas dos planos plurianuais.

Dessa forma, toma-se como ponto de partida o Plano Plurianual 2020-2023, aprovado pela Lei n. 13.971, de 27 de dezembro de 2019. De acordo com a Lei n. 13.971/2019, as comunidades terapêuticas se inserem no art. 2º, inciso XII, como programas finalísticos definidos como “conjunto de ações orçamentárias e não orçamentárias, suficientes para enfrentar problema da sociedade, conforme objetivo e meta”²³⁷. Esses programas finalísticos estão indicados no Anexo I da Lei n. 13.971/2019, conforme disposto no art. 5º, inciso I, da referida lei. No Anexo I, as CTs estão expressamente mencionadas no “Programa 5032 - Rede de Suporte Social ao Dependente Químico: Cuidados, Prevenção e Reinserção Social”²³⁸. O objetivo é o “1223 - estabelecer políticas públicas efetivas voltadas aos usuários e dependentes químicos e seus familiares, no que se refere a prevenção, tratamento, acolhimento e

²³⁷ BRASIL. **Lei n. 13.971, de 27 de dezembro de 2019**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm. Acesso em: 12 ago. 2023.

²³⁸ MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Plano Plurianual 2020-2023**. Anexo I - Programas finalísticos. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/sem-logo-anexo-i-atualizado-2022.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023. p. 64.

recuperação, culminando com a sua reinserção social”²³⁹. Já a meta estabelecida é a “0511 - ampliar em 100% o número de atendimentos em Comunidades Terapêuticas, compreendendo cuidados, prevenção e reinserção social de dependentes químicos”²⁴⁰. O órgão responsável é o Ministério da Cidadania, sob a diretriz n. 08, a qual visa à promoção e à defesa de direitos humanos.

Figura 1 - Programa 5032 inserido no Plano Plurianual 2020-2023.

PROGRAMA: 5032 - Rede de Suporte Social ao Dependente Químico: Cuidados, Prevenção e Reinserção Social

Diretriz: 08 - Promoção e defesa dos direitos humanos, com foco no amparo à família

Órgão Responsável: Ministério da Cidadania

Esfera	Valor2020 (mil R\$)	Valor 2021 (mil R\$)	Valor 2022 (mil R\$)	Valor 2023 (mil R\$)
Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social	120.591	245.138	261.033	65.160
Despesas Correntes	105.355	203.244	244.607	65.160
Despesas de Capital	15.235	41.894	16.426	0
Valores Globais	120.591	245.138	261.033	65.160
		691.923		

OBJETIVO: 1223 - Estabelecer políticas públicas efetivas voltadas aos usuários e dependentes químicos e seus familiares, no que se refere a prevenção, tratamento, acolhimento e recuperação, culminando com a sua reinserção social

META: 0511 - Ampliar em 100% o número de atendimentos em Comunidades Terapêuticas, compreendendo cuidados, prevenção e reinserção social de dependentes químicos

Unidade de medida: atendimento contratado ou conveniado (unidade)

Descritor de desempenho: Atendimentos de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas

Linha de base: 20.000,00

Data de referência: 31/12/2019

Valor previsto ao final do PPA: 40.000,00

Regionalização da Meta	Meta até 2023
Região Centro-Oeste	3.800,00
Região Nordeste	9.400,00
Região Norte	1.600,00
Região Sudeste	13.600,00
Região Sul	11.600,00

Fonte: MINISTÉRIO DA ECONOMIA, **Plano Plurianual 2020-2023**. Anexo I Atualizado. Disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/sem-logo-anexo-i-atualizado-2022.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018. p. 64.

Observa-se que a meta diz respeito à ampliação de atendimentos em CTs, de maneira que o PPA prevê o aumento de 40.000 atendimentos contratados ou conveniados em CTs nas cinco regiões brasileiras. O PPA também indica o valor global reservado a essas entidades no montante de R\$ 691.923.000,00²⁴¹.

²³⁹ MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Plano Plurianual 2020-2023**. Anexo I - Programas finalísticos. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/sem-logo-anexo-i-atualizado-2022.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023. p. 64.

²⁴⁰ *Ibidem*.

²⁴¹ O valor foi estimado em 31 de dezembro de 2019, conforme demonstrado na Imagem 1, sem ser atualizado para o Real de 2023.

Na Lei Orçamentária de 2020, o Programa 5032, com a atividade “20R9 - Prevenção de Uso de Drogas, Cuidados e Reinserção Social de Pessoas e Famílias que têm Problemas com Álcool e Outras Drogas”, é indicado com previsão de gastos de R\$ 102.080.656,00, além de projetar para 2021-2023 o valor de R\$ 220.360.500,00²⁴². Ainda, o Programa 5032 recebeu crédito suplementar no valor de R\$ 100.000,00 em decorrência da Lei n. 14.100, de 17 de novembro de 2020²⁴³. A LOA de 2021, com o numerário 14.144, de 22 de abril de 2021, não discrimina os valores referente a cada programa, apenas menciona o montante total de R\$ 105.243.304.694,00 destinado ao Ministério da Cidadania, sem detalhamento²⁴⁴. A Lei Orçamentária n. 14.303, 21 de janeiro de 2022, indicou o valor de R\$ 327.253.450,00 para o Programa 5032²⁴⁵. Por fim, a Lei Orçamentária n. 14.535, 17 de janeiro de 2023, indica o valor de R\$ 272.774.741,00 para o Programa 5032²⁴⁶.

No Portal da Transparência da Controladoria-Geral da União, na parte de “Despesas” e de “Execução da Despesa por Órgão”, é possível dimensionar os valores empenhados, liquidados e pagos, além daqueles denominados de “restos a pagar” que foram pagos, com o Programa 5032 no período de janeiro de 2020 a julho de 2023²⁴⁷. Cumpre ressaltar que o Portal de Transparência soma os montantes oriundos de emendas parlamentares. Assim, elaborou-se o seguinte Quadro 2:

Quadro 2 - Estimativa de gastos federais com CTs a partir do PPA 2020-2023

Valores/Programa 5032/PPA 2020-2023	(jan-dez) 2020	(jan-dez) 2021	(jan-dez) 2022	(jan-jul) 2023
Empenhados*	119.940.281,75	245.134.831,6	237.894.252	170.366.443,8
Liquidados**	93.421.200,32	125.003.894,4	170.192.989,9	71.020.582,07

²⁴² BRASIL. **Orçamento da União - Exercício financeiro de 2020**. Volume II - Consolidação dos programas de governo. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/Anexo/ANL13978vol2.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023. p. 138.

²⁴³ BRASIL. **Lei n. 14.100, de 17 de novembro de 2020**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14100.htm. Acesso em: 15 ago. 2023.

²⁴⁴ BRASIL. **Lei n. 14.144, de 22 de abril de 2021**. Anexo II - Despesa dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social por Órgão Orçamentário. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14144.htm. Acesso em: 16 ago. 2023.

²⁴⁵ BRASIL. **Lei n. 14.303, de 21 de janeiro de 2022**. Volume II - Consolidação dos Programas de Governo. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14303.htm. Acesso em: 16 ago. 2023. p. 58.

²⁴⁶ BRASIL. **Lei n. 14.535, de 17 de janeiro de 2023**. Volume II - Consolidação dos Programas de Governo. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14535.htm. Acesso em: 18. ago. 2023. p. 56.

²⁴⁷ Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/>.

Pagos***	93.402.405,57	124.948.988,7	169.839.243,1	71.020.582,07
Restos a Pagar Pagos****	00,00	16.610.698,96	99.216.708,06	46.323.601,12
Estimados na LOA	202.080.656,00	-	327.253.450,00	272.774.741,00
Total:	306.763.887,64	511.698.413,66	677.143.193,00	358.731.209,06

Legenda: R\$ 1,00; sem atualização monetária.

*Valores empenhados: são valores reservados no orçamento para atendimento de alguma despesa planejada.

** Valores liquidados: são verificados e determinados os valores, em igual, maior ou menor montante empenhado.

*** Valores pagos: o pagamento dos valores é efetivado e a despesa é executada.

****Valores “restos a pagar pagos”: são valores empenhados, mas que ainda não foram liquidados ou pagos.

Existem outros valores que não são necessariamente destinados a CTs, tendo em vista que algumas unidades gestoras destoam do Programa 5032, como a Base Aérea de Anápolis, Academia da Força Aérea e Batalhão da Infantaria.

Fonte: elaboração própria a partir do Portal da Transparência.

Em relação aos editais de chamamento público para credenciar CTs, dois surtiram efeitos entre o período estudado. O primeiro foi o Edital n. 17/2019, da SENAPRED, que teve seus resultados publicados em fevereiro de 2021. No Edital n. 17/2019, o item 10º “Da Programação Orçamentária” estabelece que as despesas decorrentes da contratação oneram o Programa 5032²⁴⁸. O resultado do Edital n. 17/2019 foi publicado em 08 de março de 2021, de maneira que foram habilitadas 528 CTs²⁴⁹. O segundo foi o Edital n. 03/2022, da SENAPRED, também menciona a destinação de recursos para executar as parcerias por meio do Programa 5032²⁵⁰. De acordo com o resultado definitivo da fase de seleção do edital, 19 entidades foram selecionadas em maio de 2022²⁵¹.

O Conselho Nacional de Secretários da Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde emitiram, em conjunto, uma nota técnica de repúdio ao Edital n. 03/2022, em 11 de abril de 2022. Os Conselhos pediram o cancelamento

²⁴⁸ MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Edital de credenciamento público n. 17, de 12 de dezembro de 2019.** Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/Edital%2017/Edital%2017-2019%20-%20MC-SENAPRED.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

²⁴⁹ MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Aviso n. 2, de 08 de março de 2021.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/aviso-n-2/2021-seds/senapred-credenciamento-publico-n-17/2019-307230998>. Acesso em: 18 ago. 2023.

²⁵⁰ MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Edital de chamamento público n. 3, de 25 de março de 2022.** Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/servicos/editais-1/chamamento-publico/SEI_71000.011057_2022_04.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

²⁵¹ MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Aviso n. 3, de 19 de maio de 2022.** Disponível em: https://www.gov.br/esporte/pt-br/servicos/editais-1/chamamento-publico/SEI_MC12380102Homologao.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

do referido edital, argumentando que os debates sobre saúde mental devem ser realizados no âmbito do SUS²⁵².

Dando continuidade ao estudo sobre o financiamento das CTs, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em 2017, realizou uma pesquisa acerca do perfil das comunidades terapêuticas brasileiras, como já mencionado. Essa pesquisa apontou que, em relação ao financiamento público, 56% das entidades entrevistadas recebiam financiamento de, ao menos, duas esferas governamentais²⁵³. A sobreposição mais observada ocorreu entre os financiamentos municipais e estaduais²⁵⁴. Por essa razão, passa-se a analisar o financiamento público proveniente do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Porto Alegre.

4.2 O financiamento público das comunidades terapêuticas pelo Estado do Rio Grande do Sul

Em relação aos valores destinados às CTs pelo Estado do Rio Grande do Sul, empregou-se diferentes ferramentas para se encontrar os valores destinados às CTs gaúchas entre os anos de 2018 e 2023. Esse recorte temporal foi estabelecido com o objetivo de comparar a evolução de investimentos do Rio Grande do Sul nas CTs. Além disso, a definição desse período permite a comparação dos dados relativos ao âmbito federal levantados pelos estudos descritos no item 4.1.1 e pelos resultados obtidos no item 4.1.2. Assim, enviou-se um questionário previamente elaborado ao Governo do Estado do Rio Grande do Sul através do canal denominado de Serviço de Informação ao Cidadão. O canal é amparado pela Lei Federal n. 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação.

Por meio de conta pessoal no *gov.br*²⁵⁵, encaminhou-se o pedido de acesso à informação para o Executivo Estadual, gerenciado pela Subchefia de Ética, Controle Público e Transparência da Secretaria da Casa Civil do Rio Grande do Sul. Nas instruções para preenchimento do pedido de informação, consta que o formulário é

²⁵² CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Nota técnica conjunta n. 1, de 11 de abril de 2022.** Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Nota-Conjunta-CONASS-CONASEMS-Edital-MC-Hospitais-Psiquiátricos-FINAL.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2023.

²⁵³ IPEA. **Nota técnica n. 21, de março de 2017.** Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 10 jun. 2023. p. 30.

²⁵⁴ *Ibidem*.

²⁵⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br>.

recebido pela Gestão Central do serviço e posteriormente é encaminhado para a Gestão Local competente. Para solicitação do pedido, é preciso informar se há necessidade de sigilo, o tipo do pedido – pedido de informação, dados abertos, desclassificação de informação ou reavaliação de informação – e o tema, entre os 27 disponíveis. Também é preciso designar um assunto ao pedido e escrever a mensagem, limitada a 1500 caracteres.

Em virtude da variedade de tipos e de temas em que as CTs pudessem se encaixar, foram enviados seis pedidos de informação diferentes, porém com as mesmas perguntas. Assim, no dia 06 de julho de 2023, o questionário anexado ao Apêndice A foi encaminhado com o tema (i) Licitações e Contratos, (ii) Saúde, (iii) Gastos Públicos, com os tipos (i) Pedido de Informação e (ii) Dados Abertos. No dia 11 de julho de 2023, enviou-se um pedido de informação complementar com o tema Licitações e Contratos e com o tipo Pedido de Informação. No dia 07 de julho de 2023, cinco pedidos de informação foram respondidos pela Secretaria da Casa Civil do Rio Grande do Sul, a qual informou que havia “duplicidade de demandas” e que apenas um dos pedidos iria prosseguir.

A demanda que teve continuidade foi a de n. 1518109/0168, com o tema Licitações e Contratos e tipo Pedido de Informação. No dia 31 de julho de 2023, o Serviço de Informação ao Cidadão informou a necessidade de prorrogar o prazo de resposta por 10 dias, visto que estava aguardando o retorno do setor responsável. No dia 07 de agosto de 2023, obteve-se resposta ao questionário enviado, cujo conteúdo será melhor explorado a seguir.

O Estado do Rio Grande Sul informou que, em 2017, realizou um edital de chamamento público para credenciar comunidades terapêuticas. Embora não tenha sido discriminado por meio de qual edital foi realizado esse credenciamento, foi possível encontrá-lo através do Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Assim, a Secretaria da Saúde do governo gaúcho abriu as inscrições de credenciamento de comunidades terapêuticas no Edital n. 01/2017, publicado em 31 de maio de 2017. Consta no referido edital, item 2.6, que o ingresso de dependentes químicos ocorreria através de encaminhamento pela rede de saúde do SUS e seria regulado pela Coordenadoria Regional de Saúde ou pela Coordenação Estadual de Saúde

Mental²⁵⁶. Chama a atenção também que, no item 6 do edital, é estabelecido que cada CT contratada seria remunerada no valor de R\$ 1.000,00 por mês por paciente encaminhado pelo SUS²⁵⁷.

Voltando ao resultado do pedido de informação, o governo gaúcho informou que foram contratadas 66 CTs, com 942 vagas nas seguintes modalidades: adulto (masculino e feminino) e adolescente (masculino e feminino). Os contratos com as CTs têm vigência de um ano, com possibilidade de prorrogação por mais cinco anos. Depreende-se que os referidos contratos findam, portanto, neste ano da elaboração do trabalho. O governo gaúcho informou também que, no início do mês de agosto de 2023, ainda vigem quatro contratos com CTs, com o total de 35 vagas. Por fim, revelou que a média de ocupação das vagas é de 63%.

Foram encaminhadas com a resposta ao pedido de informação duas planilhas. Uma das planilhas lista a razão social das 66 CTs credenciadas em 2017, o município onde estão localizadas, o número de CNPJ de cada uma delas e a quantidade de vagas disponíveis nas entidades. Todavia, não foram discriminadas as quatro CTs que o governo gaúcho informou que ainda mantém contrato vigente. Cumpre destacar que foi realizada pesquisa livre sobre as 66 CTs credenciadas em 2017 em meios digitais diversos, como em redes sociais ou em *sítes* das próprias entidades. Assim, encontrou-se que 53 CTs manifestaram expressamente tendências religiosas nas suas bases terapêuticas. Ainda, verificou-se que apenas 3 CTs não apresentaram informações de cunho religioso e que 5 CTs não foram encontradas nos meios digitais disponíveis.

Outro ponto que se destaca é a localidade das 66 CTs credenciadas²⁵⁸. Dos 44 municípios listados onde as CTs se encontram, nenhuma é localizada em Porto Alegre, a capital do Estado do Rio Grande do Sul. Isso denota um maior afastamento dessas entidades do centro urbano do estado, embora figurem na lista municípios da região metropolitana.

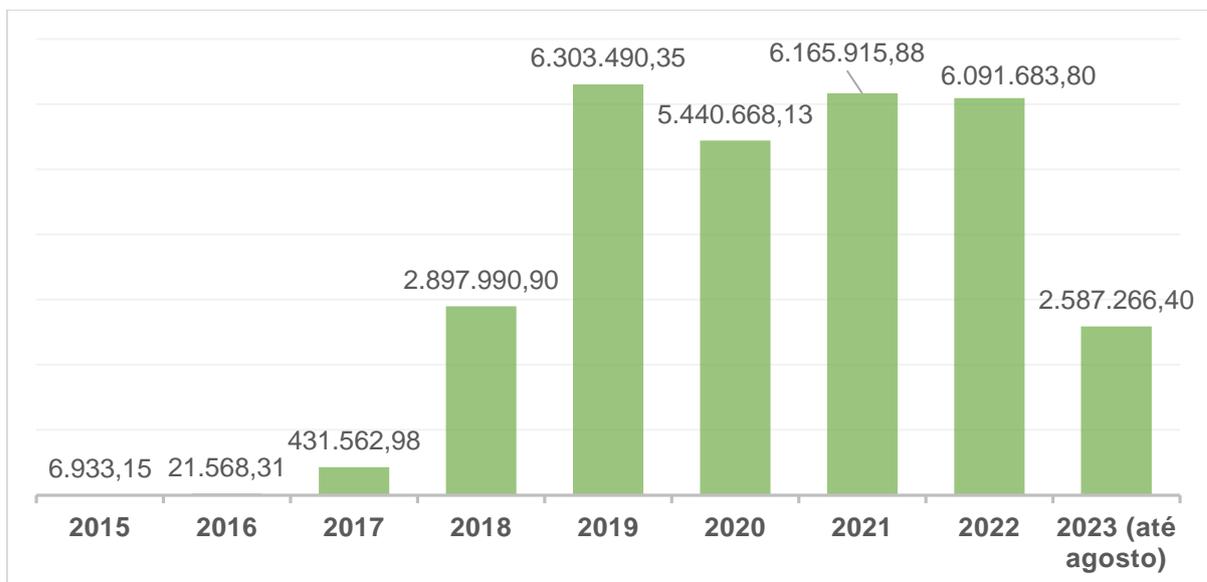
²⁵⁶ SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Edital de credenciamento n. 01, de 31 de maio de 2017.** Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/diario?td=DOE&dt=2017-05-31&pg=60>. Acesso em: 18 de ago. 2023.

²⁵⁷ *Ibidem*.

²⁵⁸ Os municípios listados pelo Pedido de Informação n. 1518109/0168 foram: Alecrim, Antônio Prado, Bom Retiro do Sul, Bozano, Camaquã, Capão da Canoa, Carazinho, Caxias do Sul, Charqueadas, Erechim, Farroupilha, Frederico Westphalen, Getúlio Vargas, Gramado, Gravataí, Horizontina, Jaguari, Montenegro, Mostardas, Nova Petrópolis, Nova Santa Rita, Osório, Panambi, Parobé, Passo Fundo, Pelotas, Portão, Porto Mauá, Rio Grande, Rio Pardo, Santa Rosa, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Sebastião do Caí, São Sepé, Sapucaia do Sul, Tapes, Taquara, Terra de Areia, Três Passos, Triunfo, Uruguaiana, Viamão.

A segunda planilha encaminhada pelo Governo do Rio Grande do Sul diz respeito aos valores pagos e retidos a CTs. Nesse sentido, embora a solicitação tenha sido feita com o recorte temporal de 2018 até agosto de 2023, foram encaminhados os valores desde 2015, que, no Gráfico 2, são utilizados para fins de comparação. Essa planilha também apresenta diversos dados, dos quais se destacam a descrição sobre os recursos utilizados, os credores, as rubricas, os anos e os meses de competência, os valores pagos e retidos. Desses dados, é possível verificar que o Estado do Rio Grande do Sul investiu o montante de R\$ 29.947.079,90 em CTs desde 2015. Nesse sentido, o Gráfico 2 demonstra os valores pagos e retidos com CTs pelo Estado do Rio Grande do Sul ano a ano:

Gráfico 2 – Estimativa de valores pagos e retidos a CTs pelo Estado do Rio Grande do Sul entre 2015 e agosto de 2023



Legenda: R\$ 1,00; os valores estão em Reais e não foram atualizados monetariamente.

Fonte: elaboração própria a partir das informações disponibilizadas pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul por meio do Pedido de Informação n. 1518109/0168.

Com base no Gráfico 2, nota-se um aumento expressivo dos gastos relativos às CTs a partir de 2018. Especula-se que esse aumento se deve em virtude do credenciamento de CTs pelo Edital n. 01/2017 da Secretaria da Saúde do RS, o que é um reflexo do que ocorre no âmbito federal. Além dos valores destinados diretamente a CTs, depreende-se que os recursos são vinculados à saúde, mais especificamente à Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, percebe-se que as CTs têm uma relação mais próxima da área da saúde no âmbito estadual gaúcho, diferentemente do que ocorre na esfera federal, como demonstrado no item 4.1.2.

4.3 O financiamento público das comunidades terapêuticas pelo Município de Porto Alegre

A metodologia para se levantar os dados relativos aos gastos com CTs pelo Município de Porto Alegre foi semelhante ao empregado no âmbito estadual. Dessa forma, foi realizado um recorte temporal entre 2018 e julho de 2023, idêntico ao do item 4.2, para fins de comparação e perspectiva. Assim, enviou-se um questionário previamente elaborado à Prefeitura de Porto Alegre através do canal denominado de Serviço de Informação ao Cidadão, mantido em conformidade com a Lei de Acesso à Informação.

Por meio de conta pessoal no *gov.br*²⁵⁹, foi realizada uma solicitação à Secretaria Municipal de Transparência e Controladoria de Porto Alegre. Para formular o pedido de informação, é necessário escolher um tema entre os 42 disponíveis e informar se gostaria de manter a identidade preservada no pedido. Para a escrita do pedido, não há limitação de caracteres, além de ser possível anexar arquivos à mensagem.

Em função da diversidade de temas em que as CTs pudessem se encaixar, foram enviados seis pedidos de informação diferentes, porém com as mesmas perguntas. Assim, no dia 06 de julho de 2023, o questionário anexado ao Apêndice B foi encaminhado com o tema (i) Saúde; (ii) Parcerias Estratégicas; (iii) Pesquisa Acadêmica; (iv) Parcerias Público-Privada; (v) Finanças; e (vi) Assistência Social. No dia 11 de julho de 2023, enviou-se um pedido de informação complementar com o tema Saúde. No dia 10 de julho de 2023, cinco pedidos de informação foram respondidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a qual informou que havia “duplicidade de demandas” e que apenas um dos pedidos iria prosseguir.

A demanda que teve continuidade foi a primeira enviada no sistema disponibilizado pela Prefeitura de Porto Alegre, registrada sob o n. 008433-23-36, com o tema Assistência Social. No dia 25 de julho de 2023, o Serviço de Informação ao Cidadão e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre encaminharam resposta ao questionário enviado, cujo conteúdo será melhor explorado a seguir.

O Município de Porto Alegre afirmou que celebrou termos de colaboração com as Comunidades Terapêuticas “Pacto” e “Casa Marta e Maria” entre os anos de 2018 e 2023. Quanto à origem dos recursos utilizados, o Município encaminhou duas

²⁵⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br>.

planilhas referentes aos pagamentos efetuados às entidades referidas. Dessa forma, em relação à Comunidade Terapêutica Pacto, que fornece apenas vagas masculinas, foram investidos R\$ 6.845.825,84 no período pesquisado²⁶⁰. Quanto à Comunidade Terapêutica Casa Marta e Maria, que disponibiliza apenas vagas femininas, foram gastos o montante de R\$ 1.721.534,71 entre 2018 e julho de 2023²⁶¹. Nesse contexto, o Município destacou que os valores presentes nos relatórios dizem respeito aos termos de convênio relativos ao cumprimento ordinário da política das CTs estabelecida pelo Município, como também são referentes ao cumprimento de emenda parlamentar, sem discriminação entre eles.

A Comunidade Terapêutica Pacto foi inicialmente instalada em 1990 no Município de Viamão e era denominada de Fazenda do Senhor Jesus. De acordo com a descrição disponibilizada no *site* da Comunidade Terapêutica Pacto, o programa terapêutico se baseia em valores físicos, éticos, morais, intelectuais e espirituais, no intuito de recuperar jovens, entre 12 e 18 anos, e adultos, até os 58 anos²⁶². Já Comunidade Terapêutica Marta Maria foi fundada em 1995 a pedido do Arcebispo Dom Altamiro Rossato²⁶³. Atualmente, é administrada pela Congregação Copiosa Redenção, uma instituição católica que atende mulheres entre os 18 e os 59 anos²⁶⁴.

Diante desse contexto, algumas considerações devem ser feitas. Em primeiro lugar, deve-se frisar que os valores enviados pelo Município de Porto Alegre são referentes àqueles já pagos, de modo que há a possibilidade de ainda haver valores empenhados. Em segundo lugar, percebe-se que o investimento em vagas masculinas foi significativamente maior do que em vagas femininas entre 2018 e 2023, tendo em vista a diferença de R\$ 5.124.291,13 entre os montantes indicados. Em terceiro lugar, as duas CTs cadastradas apresentem cunho religioso nas suas diretrizes terapêuticas. Em quarto lugar, tomando como base os vínculos orçamentários 4501 e 4220 – visto que são os que mais apareceram nas planilhas encaminhadas pelo Município de Porto Alegre –, nota-se que o primeiro diz respeito a receitas e despesas relativas à atenção de média e alta complexidade ambulatorial e

²⁶⁰ Os vínculos orçamentários referentes a esses recursos são indicados como sendo os seguintes: 4590, 4841, 4220, 4501 e 40.

²⁶¹ Os vínculos orçamentários referentes a esses recursos são indicados como sendo os seguintes: 4590, 1207, 4220, 4501 e 40.

²⁶² Disponível em: <https://www.pactopoa.com.br/web/>.

²⁶³ Disponível em: <https://copiosaredencao.org.br/comunidade-terapeutica-marta-e-maria/>

²⁶⁴ Disponível em: <https://www.camarapoa.rs.gov.br/noticias/casa-marta-e-maria-uma-comunidade-terapeutica-exclusiva-para-mulheres>

hospitalar²⁶⁵. O segundo vínculo orçamentário, 4220, onera o Fundo Garantidor de Parcerias Público-Privadas, sendo um encargo geral do Município²⁶⁶. Nenhum dos vínculos apontados é referente à ação 3509, denominada de Atenção à Saúde Mental, embora uma das metas seja a implantação de serviços de residencial terapêutico²⁶⁷. Portanto, é difícil definir se as CTs se encontram próximas à saúde ou se essas entidades se encontram indefinidas nas políticas públicas no âmbito municipal de Porto Alegre.

Em consideração ao exposto sobre as CTs, perpassando a história, as principais características e o financiamento federal, estadual e municipal, é necessário abordar as outras possibilidades de cuidado às pessoas que fazem uso ou que são dependentes de álcool e outras drogas. O próximo capítulo é destinado a explicar as demais estratégias existentes, sem a intenção de esgotar o tema.

²⁶⁵ PORTO ALEGRE. **Lei orçamentária anual de 2021, de novembro de 2020**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/nova_ploa_2021_completo.pdf.

Acesso em: 19 ago. 2023. p. 43.

PORTO ALEGRE. **Lei orçamentária anual de 2022, de 15 de outubro de 2020**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/nova_ploa_2021_completo.pdf.

Acesso em: 19 ago. 2023. p. 47.

PORTO ALEGRE. **Lei orçamentária anual de 2023, de 14 de outubro de 2022**. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/secretarias/smpae/orcamento/PLOA202314102022.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023. p. 78.

²⁶⁶ PORTO ALEGRE. **Lei orçamentária anual de 2021, de novembro de 2020**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/nova_ploa_2021_completo.pdf.

Acesso em: 19 ago. 2023. p. 269

PORTO ALEGRE. **Lei orçamentária anual de 2022, de 15 de outubro de 2020**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/nova_ploa_2021_completo.pdf.

Acesso em: 19 ago. 2023. p. 203.

PORTO ALEGRE. **Lei orçamentária anual de 2023, de 14 de outubro de 2022**. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/secretarias/smpae/orcamento/PLOA202314102022.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023. p. 147.

²⁶⁷ PORTO ALEGRE. **Plano plurianual 2022-2025**. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/pagina_basica/2021/09/PPA%202022-2025%20completo.pdf. Acesso em: 26 ago. 2023. p. 33.

5 OUTRAS POSSIBILIDADES DE CUIDADO ÀS PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS

No último capítulo deste trabalho, propõe-se uma análise de outros modelos existentes de cuidado às pessoas que fazem uso ou que sejam dependentes de álcool e outras drogas. É importante frisar que esses modelos são considerados outras possibilidades diversas das CTs. Para isso, são descritas as estratégias de cuidado indicadas na Portaria n. 3.088/2011, elaboradas com base na Lei n. 10.216/2001 e posteriormente reforçadas na Portaria de Consolidação n. 3/2017. Destaca-se que a intenção não é de exaurir as possibilidades existentes, mas apenas de apresentar a existência de outras formas de cuidado.

À medida que se rompia a lógica manicomial, criava-se um espaço fecundo para originar uma política de saúde mental organizada em rede. Dessa forma, o Ministério da Saúde, a partir da Portaria n. 3.088/2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Cumpre destacar que os objetivos da RAPS dizem respeito à ampliação de acesso à atenção psicossocial à população em geral, bem como à articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde estabelecidas no território²⁶⁸.

Para tanto, a RAPS se organiza em diferentes níveis de atenção, a depender da complexidade da demanda dos seus usuários. Assim, os componentes que a constituem se distribuem em: (i) atenção básica em saúde; (ii) atenção psicossocial especializada; (iii) atenção de urgência e emergência; (iv) atenção residencial de caráter transitório; (v) atenção hospitalar; (vi) estratégias de desinstitucionalização; e (vii) reabilitação psicossocial²⁶⁹. Tendo em vista esses sete principais componentes da RAPS, faz-se necessário compreendê-los, a fim de se entender o percurso que um sujeito dependente de álcool e outras drogas pode traçar para obter cuidado, especialmente em saúde mental.

A atenção básica em saúde é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Consultórios na Rua e pelos Centros de Convivência e Cultura. As UBS são constituídas por equipes multiprofissionais que são responsáveis por promover ações de saúde, por prevenir agravos, por oferecer tratamento, por reduzir danos e

²⁶⁸ Art. 3º. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jun. 2023.

²⁶⁹ Art. 5º. *Ibidem*.

por promover a autonomia das pessoas²⁷⁰. Já os Consultórios na Rua são equipes de profissionais que atuam de forma itinerante pela cidade e que ofertam cuidados de saúde para pessoas em situação de rua, pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas²⁷¹. Os Centros de Convivência e Cultura são pensados como espaços de sociabilidade para pessoas em situação de vulnerabilidade social²⁷². Geralmente, o primeiro contato entre uma pessoa que busca acolhimento e os equipamentos de saúde disponíveis ocorre nesses pontos de atenção.

A atenção psicossocial especializada é formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS é composto por equipes multiprofissionais e realiza atendimentos, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, para pessoas com transtornos mentais graves, incluindo as pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O cuidado nesses locais é feito a partir da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular que envolve a participação conjunta da equipe técnica, do usuário e da família. As atividades do CAPS consistem em fornecer atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupos (psicoterapia, grupos operativos), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias²⁷³. O CAPS é organizado em três principais modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III. Essas modalidades variam de acordo com o número de habitantes de cada município e o público atendido. Por exemplo, existem os CAPSad, focados no atendimento de questões relativas à álcool e outras drogas, e os CAPSi, responsáveis pelo atendimento infantil e infanto-juvenil. No art. 7º da Portaria n. 3.088/2011, estão especificadas as modalidades de CAPS, as quais são discriminadas no Quadro 3:

Quadro 3 - Atenção Psicossocial Estratégica - Centro de Atenção Psicossocial

Modalidades	Habitantes/Município	Funcionamento	Público
CAPS I	Acima de 20 mil habitantes	-	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de

²⁷⁰ Art. 6º. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jun. 2023.

²⁷¹ Essa definição está prevista no art. 6º, inciso II, da Portaria n. 3.088/2011.

²⁷² Essa definição está prevista no art. 6º, § 4º, da Portaria n. 3.088/2011.

²⁷³ Essas atividades estão listadas ao longo do art. 4º da Portaria n. 336/2002.

			crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.
CAPS II	Acima de 70 mil habitantes	-	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS III	Acima de 200 mil habitantes	24h	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.
CAPS AD	Acima de 70 mil habitantes	Aberto e de caráter comunitário	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS AD III	Acima de 200 mil habitantes	Máximo de 12 leitos, 24h	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.

Fonte: elaboração própria a partir da Portaria n. 3.088/2011.

A atenção de urgência e emergência atua em casos de risco por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), das Salas de Estabilização, de Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro²⁷⁴. Esses dispositivos são responsáveis pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado em situação de urgência e emergência em questões relacionadas à saúde mental. Além disso, esses equipamentos devem se articular com os CAPS, os quais realizam o acolhimento, o cuidado de alta complexidade e a coordenação os casos de internação quando necessários.

A atenção residencial em caráter transitório é composta por dois serviços. O primeiro serviço desse ponto de atenção é a unidade de acolhimento, cujo cuidado de saúde ocorre em caráter transitório, de até seis meses, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em vulnerabilidade social e que precisem de acompanhamento terapêutico. O segundo é referente aos serviços de atenção em regime residencial, incluindo as CTs, que oferecem cuidado também transitório para adultos já estáveis com necessidades

²⁷⁴ Essas atividades estão listadas ao longo do art. 8º da Portaria n. 336/2002.

decorrentes do uso de álcool e outras drogas²⁷⁵. É importante destacar que esses serviços devem ser articulados com os previstos na atenção básica e com os CAPS.

A atenção hospitalar ocorre em enfermarias especializadas de Hospitais Gerais e em serviços hospitalares de referência. Esses cuidados são disponibilizados para casos graves, especialmente para abstinências ou intoxicações severas. A internação nesses locais deve ser de curta duração, até a estabilização clínica do usuário. Ainda, o ingresso do usuário nesses locais deve ser intermediado pelos CAPS de referência da pessoa e, caso não seja, deve ser providenciada a vinculação do usuário a um CAPS²⁷⁶.

As estratégias de desinstitucionalização são constituídas por serviços de residenciais terapêuticos. Esses residenciais são moradias construídas dentro da comunidade e são destinadas a pessoas egressas de internações longas. Busca-se, por meio dessa iniciativa, a progressiva inclusão social das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O intuito dessas iniciativas, portanto, é de promover a autonomia dos usuários do serviço e de exercitar a cidadania desses sujeitos incluídos na sociedade²⁷⁷.

Por fim, a reabilitação psicossocial da RAPS diz respeito a projetos de geração de trabalho e de renda, como empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Essas iniciativas visam à inclusão produtiva, à formação e à qualificação para o trabalho de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes devido ao uso de álcool e outras drogas.²⁷⁸

Frente a essa variedade de serviços oferecidos pela RAPS, é importante também destacar algumas diretrizes que fundamentam essa rede. Assim, o funcionamento da RAPS é embasado na percepção de que o cuidado fornecido deve ser diversificado, interdisciplinar e multiprofissional. Outra diretriz que embasa a RAPS é a redução de danos, cuja proposta é de promover uma mudança do sujeito em relação à droga. Para isso, os redutores de danos não procuram combater o uso, tampouco indicar como objetivo central do usuário a abstinência às drogas. Nesses termos, Domiciano Siqueira afirma que:

²⁷⁵ Essas atividades estão listadas ao longo do art. 9º da Portaria n. 3.088/2011.

²⁷⁶ Essas atividades estão listadas ao longo do art. 10º e os parágrafos seguintes, da Portaria n. 3.088/2011.

²⁷⁷ Essas atividades estão listadas ao longo do art. 11º da Portaria n. 3.088/2011.

²⁷⁸ Essas atividades estão listadas ao longo do art. 12º da Portaria n. 3.088/2011.

De repente, nós entramos na vida dessas pessoas sem vender drogas, sem usar drogas, sem fazer uso de drogas, o nosso carro-chefe. Nós somos pessoas com as quais elas se relacionam sem tirá-las do grupo onde estão, da vida em que vivem e não tentamos trazê-las para o nosso meio; a gente simplesmente se relaciona com elas²⁷⁹.

Diferentemente das estratégias que indicam a abstinência como única possibilidade de cuidado, a redução de danos sugere que o sujeito deve ser autônomo e que devem ser reconhecidas suas singularidades. Desse modo, o que se propõe é minorar o efeito produzido pelo consumo de álcool e de outras drogas. Isso ocorre, por exemplo, quando se distribui seringas entre usuários ou quando se propõe a substituição de drogas consideradas mais pesadas pelas mais leves.²⁸⁰ Nessa perspectiva, pensa-se a redução de danos da seguinte forma:

[...] a redução de danos oferece uma ampla variedade de políticas e de procedimentos que visam a reduzir as consequências prejudiciais do comportamento adictivo. A redução de danos aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e apresentam outros comportamentos de alto risco, e que visões idealistas de uma sociedade livre das drogas não têm quase nenhuma chance de tornarem-se realidade²⁸¹.

É fundamental destacar que a redução de danos não desconsidera, em casos específicos, a necessidade de repentinamente cortar o uso de substâncias, sob orientação profissional e em ambiente hospitalar. Todavia, entende-se que a abstinência não deve ser o fundamento central do cuidado para questões de saúde mental²⁸². Desse modo, a redução de danos não se opõe a essa prática, desde que esse objetivo seja um desejo do sujeito que procura por ajuda. Assim, a controvérsia que se apresenta é que o modelo de cuidado proposto pela RAPS é baseado na redução de danos, enquanto que o modelo das CTs reforça a ideia de abstinência.

Diante desse contexto, percebe-se que o paradigma de atenção psicossocial, em construção desde 2001, avança no sentido de priorizar a desinstitucionalização, a liberdade, a autonomia e a cidadania. Esse modelo, baseado na redução de danos, “vem ganhando protagonismo principalmente, a partir de 2005, com o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas”²⁸³. Todavia, a cultura da internação ainda é um

²⁷⁹ LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p. 59.

²⁸⁰ *Ibidem*, p. 82.

²⁸¹ MARLATT, Gordon Alan. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 46.

²⁸² LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p. 71.

²⁸³ TEIXEIRA, Mirna Barros, *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 5,

discurso muito enraizado socialmente e que reflete na preferência em priorizar o modelo proposto pelas CTs²⁸⁴. O que se assiste, portanto, é uma retomada do paradigma proibicionista, fundamentado na repressão do uso, no cuidado centralizado na abstinência e na segregação dos sujeitos, outrora tratados como loucos²⁸⁵.

p. 1455-1466, mai. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>. Acesso em: 13 jul. 2023. p.1462.

²⁸⁴ BASTOS, Adriana Dias de Assumpção; ALBERTI, Sonia. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 26, n. 1, p. 285-295, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>. Acesso em: 08 ago. 2023. p. 286.

²⁸⁵ *Ibidem*, p. 293.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa exploratória e descritiva objetiva responder como se dá a regulamentação e o financiamento público das comunidades terapêuticas no Brasil. Com base nessa pergunta, elaboraram-se objetivos para nortear o estudo, cujos resultados devem ser analisados. Desse modo, este capítulo é dedicado à discussão sobre as constatações obtidas ao longo do trabalho, assim como é destinado à apresentação de eventuais limitações desta pesquisa. Por fim, são feitas sugestões de outros estudos que podem ser realizados a partir deste, de modo a dar continuidade ao exame da temática proposta.

Em relação ao primeiro objetivo específico, foi possível compreender a história da loucura por meio do repertório elaborado por Michel Foucault, Erving Goffman e Franco Basaglia. Através dessa literatura, traçou-se um panorama sobre como a loucura era tratada ao longo dos últimos séculos, especialmente como pretexto de exclusão de sujeitos. Em seguida, examinou-se a transição do modelo centrado em hospitais e internação para o modelo psicossocial, no que se refere ao cuidado em saúde mental no Brasil.

Relativamente ao segundo objetivo específico, foi possível traçar um quadro composto por trinta e seis normas que dizem respeito às comunidades terapêuticas no Brasil. A partir desse quadro, percebe-se que a regulamentação das CTs passou por várias alterações desde 2001, data estabelecida como recorte temporal. Além dessas modificações, é possível notar, com base no quadro normativo, que as CTs ora se aproximam da área da saúde, ora se aproximam da área assistência social e da justiça e segurança. Isso demonstra certa instabilidade de competência para reger e organizar as CTs, o que pode ser considerado como um dos fatores que influencia a indeterminação da natureza dessas entidades.

No que tange ao terceiro objetivo específico, foram apresentadas duas pesquisas prévias sobre o financiamento público de vagas alocadas em comunidades terapêuticas no nível federal. Com fundamento nesses estudos, foi possível analisar como são destinados recursos públicos federais às CTs entre os anos de 2020 e 2023 no Brasil. A partir dessa análise, obteve-se que o resultado do montante financeiro investido em programas envolvendo CTs foi de R\$ 1.854.336.703,36. Em sequência, analisou-se a mesma questão no âmbito do Rio Grande do Sul e no Município de Porto Alegre. O ente federativo gaúcho destinou cerca de R\$ 29.487.015,40 às CTs

entre 2018 e 2023, enquanto que o Município de Porto Alegre, R\$ 8.567.360,55, no mesmo período. A partir desses valores financeiros, é possível afirmar que as CTs são políticas públicas incentivadas nos três níveis de governo durante os últimos anos.

Quanto ao quarto objetivo específico, traçaram-se outras formas de cuidados aplicadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas regulamentadas na legislação brasileira. Tratou-se, especialmente, dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, subsidiada por recursos do Sistema Único de Saúde. Essa rede é composta por diversos serviços pensados para demandas simples, de média complexidade e de alta complexidade. Em consideração a esses pontos de atenção para atendimento da RAPS, percebe-se que são disponibilizados diferentes tipos de serviços às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a fim de que o cuidado seja integral e longitudinal.

Frente a esse panorama, constatam-se cinco aspectos. Em primeiro lugar, não está consolidado um termo específico para definir o que são CTs. Nesse sentido, foram encontrados diferentes conceitos para designar o que seriam essas entidades, que, em um dado momento, eram consideradas componentes da RAPS e, em outro momento, eram apenas equipamentos de apoio à saúde. Observa-se, portanto, que existe uma indefinição quanto à natureza das CTs – se são equipamentos de saúde, de assistência social ou se prestam serviços de apoio, o que, por si só, também é uma atribuição imprecisa. Essa percepção pode ser visualizada na mudança de cores do quadro normativo das CTs, tendo em vista que a primeira metade é composta por normas relacionadas à área da saúde, enquanto a segunda metade é referente às áreas de assistência social e justiça.

Em segundo lugar, foi difícil traçar o percurso normativo das CTs, tendo em vista a procedência diversa das normas que as regulamentam. Destaca-se especialmente as transições entre os órgãos do Poder Executivo, como o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, o Ministério da Cidadania e a Presidência da República. Atualmente, as CTs encontram maior amparo no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, ministério de governo federal diverso daquele que inicialmente fez parte.

Em terceiro lugar, constata-se que existem várias modalidades de serviços disponíveis para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As CTs são um dos modelos que prestam atendimento a esse público, de maneira que a experiência de um sujeito dentro dessas entidades pode ser positiva.

Levando-se isso em consideração, cumpre ressaltar que o produto de uma experiência individual não pode embasar uma prática sistematicamente oferecida pelo Estado sem que existam evidências rigorosas sobre a eficácia desse tipo de acolhimento²⁸⁶. Inclusive, urge a necessidade de que se estude essas práticas conduzidas em CTs, especialmente aquelas fundamentadas no tripé disciplina-trabalho-espiritualidade, tendo em vista os eventuais danos diretos e indiretos que podem causar aos sujeitos submetidos a essa terapêutica.

Em quarto lugar, destaca-se a dificuldade de pormenorizar os recursos financeiros investidos em CTs. Isso ocorre em virtude de diversas razões, como as alterações de programas finalísticos entre os Planos Plurianuais, a falta de dados claros sobre as despesas relativas a essas entidades em ações orçamentárias próprias e a inclusão de outros gastos no mesmo programa que, em tese, diz respeito às CTs. A falta de discriminação dos valores financeiros destinados às CTs pode, inclusive, prejudicar a fiscalização desses montantes. Isso impede, por exemplo, uma eventual comparação entre os valores que subsidiam os serviços do SUS e as CTs e outra comparação entre os valores despendidos para custear os indivíduos em cada serviço.

Em quinto lugar, políticas públicas são elaboradas com base na sua relevância dentro das prioridades do governo e da sociedade, tendo em vista que os recursos públicos alocados são escassos e devem ser bem distribuídos. Tendo em conta que as CTs são consideradas políticas públicas, é possível refletir sobre qual modelo de cuidado está sendo privilegiado. Com base nos números indicados, observa-se que, desde 2018, o incentivo financeiro às CTs aumentou, o que pressupõe um maior fomento a essas instituições, cujas diretrizes diferem do modelo psicossocial proposto pela RAPS.

Ainda, devem ser esclarecidas as limitações deste trabalho. Conforme mencionado, foi necessário realizar um recorte temporal para formular o quadro normativo das CTs, embora essas entidades sejam mais antigas no Brasil e, possivelmente, tenham sido regulamentadas antes de 2001. O trabalho também apresenta limitação quanto aos gastos federais das CTs entre 2020 e 2023. Isso

²⁸⁶ SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Brasília, p. 17-36, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9444>. Acesso em: 20 ago 2023. p. 31.

porque identificaram-se outros valores que não foram necessariamente destinados às CTs no Portal da Transparência da União, assim como por não haver discriminação de valores da LOA de 2021. Dessa forma, o cálculo pormenorizado dos gastos federais relativos às vagas ocupadas em CTs foi inviabilizado. Outra limitação importante de ser destacada é relativa às constatações quanto aos tratamentos empregados nas CTs, visto que as informações presentes neste trabalho são retiradas de análises de terceiros.

Diante das questões apontadas e das limitações deste trabalho, sugerem-se três propostas de pesquisas a serem realizadas a partir dessa temática. A primeira diz respeito ao financiamento dos serviços de cuidado disponibilizados pelo SUS, de modo a comparar esse montante com os valores destinados às CTs. A segunda é relativa à fiscalização das CTs em dois sentidos, tanto dos artifícios terapêuticos empregados quanto dos recursos financeiros concedidos. A terceira é sobre a avaliação das CTs como políticas públicas, levando-se em consideração a eficiência dos recursos públicos aplicados e as eventuais possibilidades de aperfeiçoamento dessas práticas.

Por fim, frisa-se que o cuidado no campo do uso de álcool e outras drogas é complexo, uma vez que engloba questões socioeconômicas, culturais e sanitárias. Deve-se, portanto, investir em uma rede de apoio que inclua essas demandas e que fortaleça as pessoas com necessidades decorrentes do uso considerado problemático de drogas. Incentivar apenas um modelo de cuidado, como o das CTs, é ignorar a existência de diversidade entre as pessoas que necessitam desses serviços.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, Marcus. **Curso de Direito Financeiro Brasileiro**. São Paulo: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9786559647408. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559647408/>. Acesso em: 11 ago. 2023.
- ALBUQUERQUE, Elizabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem respondent-driven sampling na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, n. 1, v. 1, jan-abr, 2009.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- AMARANTE, Paulo. **PBPD Entrevista: Paulo Amarante**. Plataforma Brasileira de Política de Drogas, São Paulo, 17 mai. 2016. Entrevista concedida à PBD. Disponível em: <https://pbpd.org.br/pbpd-entrevista-paulo-amarante/>. Acesso em: 17 jun. 2023.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, nov.-dez., 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em: 27 jul. 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. v. 5. ISBN 978-85-8271-089-0.
- ÁVILA, Humberto. **Sistema Constitucional Tributário**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- BARDI, Giovanna; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 27, n. 4, p. 1557-1566, abr. 2022.
- BASAGLIA, F. As instituições de violência. In: BASAGLIA, F. (org.). **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASTOS, Adriana Dias de Assumpção; ALBERTI, Sonia. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 26, n. 1, p. 285-295, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>. Acesso em: 08 ago. 2023.

BELLONI, Fábio. **'Os manicômios hoje se chamam comunidades terapêuticas'**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Rio de Janeiro, 01 jul. 2022. Entrevista concedida a André Nunes. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-manicomios-hoje-se-chamam-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BITTENCOURT, Caroline Muller; RECK, Janriê Rodrigues. Políticas públicas de Governo e de Estado – uma distinção um pouco complexa: necessidade de diferenciação entre modelos decisórios, arranjos institucionais e objetivos de políticas públicas de Governo e Estado. **Revista de Direito Econômico Socioambiental**, v. 12, n. 3, p. 631-667, set./dez. 2021. DOI: 10.7213/rev.dir.econ.soc.v12i3.28105.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015.

BORGES, José Souto Maior. **Teoria Geral da Isenção Tributária**. 3ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BOTTINI, Pierpaolo Cruz. **Porte de drogas para uso próprio e o Supremo Tribunal Federal**. Rio de Janeiro: Viva Rio; 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto 5.912, de 27 de setembro de 2006**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5912.htm. Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em: 06 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto 7.637, de 8 de dezembro de 2011**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.637%2C%20DE%208,ao%20Crack%20e%20outras%20Drogas.&text=II%20%2D%20Grupo%20Executivo.,Ministro%20de%20Estado%20da%20Justi%C3%A7a. Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar n. 187, de 16 de dezembro de 2021**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp187.htm. Acesso em: 08 jun. 2023.

BRASIL. **Lei n. 7.560, de 19 de dezembro de 1986.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7560.htm. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 29 mai. 2023.

BRASIL. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 29 mai. 2023.

BRASIL. **Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm. Acesso em: 30 mai. 2023.

BRASIL. **Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. **Lei n. 13.971, de 27 de dezembro de 2019.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.100, de 17 de novembro de 2020.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14100.htm. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.144, de 22 de abril de 2021.** Anexo II - Despesa dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social por Órgão Orçamentário. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14144.htm. Acesso em: 16 ago. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.303, de 21 de janeiro de 2022.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14303.htm. Acesso em: 16 ago. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.535, de 17 de janeiro de 2023.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14535.htm. Acesso em: 18. ago. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.600, de 19 de junho de 2023.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14600.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. **Orçamento da União - Exercício financeiro de 2020.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/Anexo/ANL13978vol2.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 2.028/DF.** Requerente: Confederação Nacional de Saúde-Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS. Intimado: Presidente da República. Brasília: Supremo Tribunal Federal, [2017]. Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1768733>. Acesso em: 02 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 566.622.**

Recorrente: Sociedade Beneficente de Parobé. Recorrido: União. Brasília: Supremo Tribunal Federal, [2017]. Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565291>. Acesso em: 02 ago. 2023.

CAMARGO, Ricardo Antônio Lucas. **Economia política para o curso de direito.** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2012.

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, *et al.* **Avaliação de políticas públicas:** guia prático de análise ex post. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, v. 2, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/governanca/comite-interministerial-de-governanca/arquivos/avaliacao-de-politicas-publicas-guia-pratico-de-analise-ex-post.pdf>. Acesso em 20 jul 2023.

COLEMAN, James Samuel. Relational analysis: the study of social organizations with survey methods. **Human organization**, 1958, vol. 17 n. 4, p. 28–36. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/44124097>. Acesso em 24 ago 2023.

CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, II, 1987, Bauru. **Manifesto de Bauru.** Bauru: [s.n.], 1987, Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 2.056, de 12 de novembro de 2013.** Disponível em: [/https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf). Acesso em: 02 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.** Brasília: CFP, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação n. 01, de 26 de janeiro de 2023.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>. Acesso em 29 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Nota técnica conjunta n. 1, de 11 de abril de 2022.** Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Nota-Conjunta-CONASS-CONASEMS-Edital-MC-Hospitais-Psiquiátricos-FINAL.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2023.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; JUNIOR, José Geraldo de Souza. O Movimento Antimanicomial como sujeito de direito. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2020.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado, **Desinstitute**, 2023, 130P. ISBN 978-65-996043-1-7.

ESPECIALISTAS em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas. **Câmara dos Deputados**, Brasília, 18 mai. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/963381-especialistas-em-saude-defendem-fim-do-financiamento-publico-as-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 20 ago. 2023.

FIORE, Maurício (coord.). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos e CEBRAP, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Aspectos Punitivos do Tratamento nas Comunidades Terapêuticas: O Uso de Drogas como Dano Social. **Revista Psicologia e Saúde**, local, v.11, n. 1, p. 73-88, jan.-abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.611>. Acesso em: 12 jun. 2023.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 1ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 28 ago. 2023.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.51-8, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>. Acesso em: 25 jul. 2023.

GOODMAN, Leo Aria. Snowball sampling. *The annals of mathematical statistics*. **Institute of Mathematical Statistics**, vol. 32, n. 1, p. 148–170, 1961. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2237615>. Acesso em: 24 ago 2023.

HORVATH, Estevão; CONTI, José Maurício; SCAFF, Fernando Facury (Org.). **Direito Financeiro, Econômico e Tributário: Estudos em Homenagem a Regis Fernandes de Oliveira**. São Paulo: Quartier Latin, 2014.

IPEA. **Nota técnica n. 21, de março de 2017**. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8025>. Acesso em: 10 jun. 2023.

KANTORSKI, Luciane Prado, *et al.* Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 11, n. 2, 2021.

LEÃO, Eduardo (dir). Dependência Química Crack assusta e revela um Brasil despreparado. **Revista Em Discussão!**, Brasília, ano 2, n. 8, 2011.

MARLATT, Gordon Alan. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MELLO, Mariane Capellato; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Análise do Funcionamento de Comunidade Terapêutica para Usuários de Drogas. **Athenea Digital**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 379-399, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.2012>. Acesso em: 25 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Aviso n. 2, de 08 de março de 2021**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/aviso-n-2/2021-seds/senapred-credenciamento-publico-n-17/2019-307230998>. Acesso em: 18 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Aviso n. 3, de 19 de maio de 2022**. Disponível em: https://www.gov.br/esporte/pt-br/servicos/editais-1/chamamento-publico/SEI_MC12380102Homologao.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Edital de chamamento público n. 3, de 25 de março de 2022**. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/servicos/editais-1/chamamento-publico/SEI_71000.011057_2022_04.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Edital de credenciamento público n. 17, de 12 de dezembro de 2019**. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/Edital%2017/Edital%2017-2019%20-%20MC-SENAPRED.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria n. 1, de 12 de novembro de 2019**. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/PORTARIA-N%C2%BA-1-DE-12-DE-NOVEMBRO-DE-2019-SISCT.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria n. 340, de 30 de março de 2020**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-340-de-30-de-marco-de-2020-250405535>. Acesso em: 30 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria n. 562, de 19 de março de 2019**. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67753796/do1-2019-03-20-portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613. Acesso em: 28 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria n. 563, de 19 de março de 2019**. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/portaria/portaria-ndeg-563-de-19-de-marco-de-2019>. Acesso em: 28 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria n. 564, de 19 de março de 2019**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-564-de-19-de-marco-de-2019-67753665>. Acesso em: 28 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Plano Plurianual 2016-2019**. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/sem-logo-anexo-i-atualizado-2022.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Plano Plurianual 2020-2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/sem-logo-anexo-i-atualizado-2022.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **A Governança da Política de Drogas**. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/a-governanca-da-politica-de-drogas>. Acesso em: 29 mai. 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD**. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/fundo-nacional-antidrogas-funad>. Acesso em: 05 ago 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DO TRABALHO. **Portaria Interministerial n. 2, de 21 de dezembro de 2017**. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-interministerial-no-2-de-21-de-dezembro-de-2017/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Resolução n. 1, de 19 de agosto de 2015**. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806. Acesso em: 06 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Resolução n. 1, de 09 de março de 2018**. Disponível em: https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/1227/2/RES_CONAD_2018_1.html. Acesso em: 07 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica n. 02, de 25 de maio de 2020**. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/NOTA+T%C3%89CNICA+CSI+PS+SOBRE+COMUNIDADES+TERAP%C3%8AUTICAS+ACOLHEDORAS_+vers%C3%A3o+final/f9c8ccad-fbf5-4baa-b098-52c0c56e14a6. Acesso em: 25 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica n. 55, de 16 de agosto de 2013**. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/5906701/Nota_T%C3%A9cnica_55_2013/75219a81-22f3-4405-8e3c-346928c91815. Acesso em: 06 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica n. 11, de 04 de fevereiro de 2019.** Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria da Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria da Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 22 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 15 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 18 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 757, de 21 de junho de 2023.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html. Acesso em: 04 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 816, de 30 de abril de 2002.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 13 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 834, de 26 de abril de 2016.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0834_26_04_2016.html. Acesso em: 21 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 21 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.646, de 02 de outubro de 2015.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html. Acesso em: 15 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.449, de 25 de outubro de 2018.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017.**

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

Acesso em: 22 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução-RDC n. 29, de 30 de junho de 2011.**

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html.

Acesso em: 30 mai. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução-RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.**

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html.

Acesso em: 30 mai. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução-RDC n. 101, de 20 de maio de 2001.**

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html.

Acesso em: 30 mai. 2023.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME. **Composição.** Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/composicao>. Acesso em 29 jul. 2023.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. **14/12 - Programa Crack, é Possível Vencer tem a adesão de 14 estados e conta com R\$ 4 bilhões até 2014.** Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas_noticias/2012/12/14-12-programa-crack-e-possivel-vencer-tem-a-adesao-de-14-estados-e-conta-com-r-4-bilhoes-ate-2014. Acesso em: 15 jun. 2023.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvío. **Utopia da realidade: contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.** 2003. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

PAINEL SAÚDE MENTAL: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: **Desinstitute**, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 17 jul. 2023.

PALOMBINI, Analice de Lima; OLIVEIRA, Rafael Wolski de. Desafios antimanicomiais e a questão das comunidades terapêuticas. In: OLIVEIRA, Rafael Wolski de, et al (org). **Luta antimanicomial e os 30 anos da lei estadual da reforma psiquiátrica – RS: em defesa ao cuidado em liberdade.** Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2022.

PISCITELLI, Tathiane. **Direito Financeiro.** São Paulo: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9786559775231. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559775231/>. Acesso em: 11 ago. 2023.

PORTO ALEGRE. **Lei orçamentária anual de 2021, de novembro de 2020.**

Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/nova_ploa_2021_completo.pdf. Acesso em: 19 ago. 2023.

PORTO ALEGRE. **Lei orçamentária anual de 2022, de 15 de outubro de 2020.**

Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/nova_ploa_2021_completo.pdf. Acesso em: 19 ago. 2023.

PORTO ALEGRE. **Lei orçamentária anual de 2023, de 14 de outubro de 2022.**

Disponível em:

https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/secretarias/smpae/orcamento/PLOA202314102022.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

PORTO ALEGRE. **Plano plurianual 2022-2025.** Disponível em:

https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/pagina_basica/2021/09/PPA%202022-2025%20completo.pdf. Acesso em: 26 ago. 2023.

PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, out.-dez. 2013.

PUPP, Bettina Pereira. **DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO MEDIDA SUBSIDIÁRIA ÀS MEDIDAS EXTRA-HOSPITALARES:** da superação do

paradigma manicomial. 2019, 105 f. Trabalho de Conclusão – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

RAUPP, Luciane Marques; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: O tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 361-368, set. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000300013>. Acesso em: 15 jun. 2023.

REBOLHO, Ana Júlia Moreira. **As dimensões da biologia sintética na produção de alimentos e o papel da convergência tecnológica.** 2023. 143 f. Tese (Doutorado em Agronegócios) – Centro de Pesquisas em Agronegócios, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

RUI, Taniele; FIORE, Mauricio (editores). Working Paper Series: comunidades terapêuticas no Brasil. Brooklyn: **Social Science Research Council**, 2021. Disponível em: 10.35650/SSRC.2082.d.2021. Acesso em: 23 jul. 2023.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Brasília, p. 17-36, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9444>. Acesso em: 20 ago 2023.

SÃO PAULO. 2ª Vara Cível Federal de São Paulo. **Ação civil pública n. 0014992-18.2016.4.03.6100.** Autor: Ministério Público Federal. Juíza Federal Rosana Ferri.

São Paulo, 06 jul. 2016. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/open.do>. Acesso em: 15 jul. 2023.

SÃO PAULO. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. **Agravo de instrumento n. 0016133-39.2016.4.03.0000**. Agravante: Ministério Público Federal. Relator: Des.^a Federal Consuelo Yoshida. São Paulo, 05 de setembro de 2019. Disponível em: <https://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/7286477>. Acesso em: 15 jul. 2023.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Edital de credenciamento n. 01, de 31 de maio de 2017**. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/diario?td=DOE&dt=2017-05-31&pg=60>. Acesso em: 18 de ago. 2023.

TEIXEIRA, Mirna Barros, *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 5, p. 1455-1466, mai. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>. Acesso em: 13 jul. 2023.

VEIGA-NETO, Alfredo; MUCHAIL, Salma T.; FONSECA, Márcio Alves da. **O mesmo e o outro? 50 anos de História da loucura**. São Paulo: Grupo Autêntica, 2013. *E-book*. ISBN 9788582171097. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582171097/>. Acesso em: 01 jun. 2023.

VITAL STRATEGIES *et al.* **Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em tempos de pandemia**. São Paulo: 2022. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/Covitel-Inque%CC%81rito-Telefo%CC%82nico-de-Fatores-de-Risco-para-Doenc%CC%A7as-Cro%CC%82nicas-na%CC%83o-Transmissi%CC%81veis-em-Tempos-de-Pandemia.pdf>. Acesso em: 28 ago 2023. p. 23.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ENVIADO PARA O GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:

1. O Governo do Rio Grande do Sul (RS) promoveu convênios ou parcerias com instituições privadas que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas entre os anos de 2018 e 2023?
2. Se a resposta à pergunta anterior for positiva, quais foram os valores gastos pelo Governo do RS nos convênios ou nas parcerias promovidas com essas instituições entre os anos de 2018 e 2023? Qual foi a origem dos recursos utilizados?
3. O Governo do RS celebrou contratos com instituições privadas que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas entre os anos de 2018 e 2023?
4. Se a resposta à pergunta anterior for positiva, quais foram os valores gastos pelo Governo do RS para a execução dos contratos com essas instituições entre os anos de 2018 e 2023? Qual foi a origem dos recursos utilizados?
5. O Governo do RS contratou vagas para encaminhamento de adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas em instituições privadas que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, entre os anos de 2018 e 2023? Se sim, quantas vagas foram contratadas em cada um dos anos, entre 2018 e 2023, e quais foram os valores gastos para a execução desses contratos?
6. Solicito o encaminhamento das respostas às perguntas 2, 4 e 5 e em formato de “.xlsx”.
7. Em complementação ao pedido de informação n. 1518109/0168, envio a seguinte pergunta:
Com quais instituições privadas que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, entre os anos de 2018 e 2023, o Governo do Rio Grande do Sul firmou acordos/contratos/convênios/parcerias? Solicito o envio da resposta contendo a razão social dessas instituições, juntamente com o CNPJ das instituições, em formato de tabela.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ENVIADO PARA O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

- 1.** O Município de Porto Alegre promoveu convênios ou parcerias com instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas entre os anos de 2018 e 2023?
- 2.** Se a resposta à pergunta anterior for positiva, quais foram os valores gastos pelo Município de Porto Alegre nos convênios ou nas parcerias promovidas com instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas entre os anos de 2018 e 2023? Qual foi a origem dos recursos utilizados?
- 3.** O Município de Porto Alegre celebrou contratos com instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas entre os anos de 2018 e 2023?
- 4.** Se a resposta à pergunta anterior for positiva, quais foram os valores gastos pelo Município de Porto Alegre para a execução dos contratos com instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas entre os anos de 2018 e 2023? Qual foi a origem dos recursos utilizados?
- 5.** O Município de Porto Alegre contratou vagas para encaminhamento de adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas em instituições privadas que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, entre os anos de 2018 e 2023?
- 6.** Se a resposta à pergunta anterior for positiva, quantas vagas foram contratadas em cada um dos anos, entre 2018 e 2023, e quais foram os valores gastos pelo Município de Porto Alegre para a execução dos contratos de aquisição de vagas em instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas entre os anos de 2018 e 2023? Qual foi a origem dos recursos utilizados?

7. Solicito o encaminhamento das respostas às perguntas 2, 4, e 6 em formato de “.xlsx”.

8. Em complementação ao pedido de informação n. 008438-23-05, envio a seguinte pergunta:

Com quais instituições privadas que oferecem serviços de cuidados, em caráter residencial transitório, para adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, entre os anos de 2018 e 2023, o Município de Porto Alegre firmou acordos/contratos/convênios/parcerias? Solicito o envio da resposta contendo a razão social dessas instituições, juntamente com o CNPJ das instituições, em formato de tabela.