



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE DIREITO PÚBLICO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

PATRICK CESAR PEREIRA CAMELO

**UMA ANÁLISE DA LEGALIDADE DO INVESTIMENTO PÚBLICO EM
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE
MENTAL**

FORTALEZA

2024

PATRICK CESAR PEREIRA CAMELO

UMA ANÁLISE DA LEGALIDADE DO INVESTIMENTO PÚBLICO EM
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

Monografia apresentada ao Programa de
Graduação em Direito da Universidade
Federal do Ceará.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Braga
Albuquerque.

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C189a Camelo, Patrick Cesar Pereira.
UMA ANÁLISE DA LEGALIDADE DO INVESTIMENTO PÚBLICO EM COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL / Patrick Cesar Pereira Camelo. –
2025.
77 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito,
Curso de Direito, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque.

1. Comunidades Terapêuticas. 2. Saúde Mental. 3. Financiamento Público. 4. Redução de Danos. I.
Título.

CDD 340

PATRICK CESAR PEREIRA CAMELO

UMA ANÁLISE DA LEGALIDADE DO INVESTIMENTO PÚBLICO EM
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

Monografia apresentada ao Programa de Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: 06/03/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Theresa Raquel Couto Correira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mestrando Estevão Mota Sousa

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, por tudo.
Aos amigos, pela paciência.

À Faculdade de Direito, pela formação
humana.

Ao Prof. Dr. Felipe Albuquerque, pela
oportunidade.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional, principalmente nos momentos dificeis.

À Faculdade de Direito, pelo ensino humanizado e o desenvolvimento pessoal adquirido.

Aos amigos, por deixarem o percurso mais leve e sadio.

Ao Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque, pela orientação e compreensão.

À banca examinadora, pela atenção e disponibilidade.

Amanhã de manhã, à hora da visita,
quando sem qualquer vocabulário
tentarem se comunicar com estes homens,
lembrar e reconhecer que neles vocês têm
apenas uma superioridade: a força
(Franco Basaglia, 1964).

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a legalidade do investimento público em Comunidades Terapêuticas (CTs) como política de saúde mental no Brasil, destacando os desafios e contradições em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica. A Reforma visa a desinstitucionalização e reintegração social dos indivíduos com transtornos mentais, promovendo um tratamento humanizado. No entanto, muitas CTs adotam práticas isolacionistas e moralizantes, resultando em violações de direitos humanos, como internações forçadas e imposição de práticas religiosas. A pesquisa utilizou metodologia bibliográfica e qualitativa para analisar a legislação, relatórios e artigos científicos, proporcionando uma análise crítica da aplicação dos recursos públicos. Identificou-se que o financiamento destinado às CTs frequentemente carece de fiscalização, permitindo desvios e práticas abusivas. O estudo comparou as estratégias de recuperação baseadas na redução de danos e abstinência, destacando que a primeira é mais alinhada aos princípios da saúde pública, promovendo a autonomia e inclusão social dos pacientes. A pesquisa sugere a necessidade de regulamentação rigorosa e fiscalização contínua das CTs, além da capacitação dos profissionais envolvidos. Políticas públicas devem priorizar a redução de danos e a inclusão social para garantir um sistema de saúde mental mais justo e com respeito aos direitos humanos. A revisão crítica das políticas de financiamento público é essencial para assegurar que os recursos sejam aplicados de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, promovendo um tratamento digno e respeitoso para todos os pacientes.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas, Saúde Mental, Financiamento Público, Redução de Danos.

ABSTRACT

The objective of this work is to analyze the legality of public investment in Therapeutic Communities (TCs) as a mental health policy in Brazil, highlighting the challenges and contradictions in relation to the principles of the Psychiatric Reform. The Reform aims at the deinstitutionalization and social reintegration of individuals with mental disorders, promoting humane treatment. However, many TCs adopt isolationist and moralizing practices, resulting in human rights violations, such as forced internment and the imposition of religious practices. The research utilized bibliographic and qualitative methodologies to analyze legislation, reports, and scientific articles, providing a critical analysis of the application of public resources. It was identified that funding allocated to TCs often lacks proper oversight, allowing for deviations and abusive practices. The study compared recovery strategies based on harm reduction and abstinence, highlighting that the former is more aligned with public health principles, promoting patient autonomy and social inclusion. The research suggests the need for strict regulation and continuous oversight of TCs, as well as the training of involved professionals. Public policies should prioritize harm reduction and social inclusion to ensure a fairer mental health system that respects human rights. A critical review of public funding policies is essential to ensure that resources are applied in accordance with the principles of the Psychiatric Reform, promoting dignified and respectful treatment for all patients.

Keywords: Therapeutic Communities, Mental Health, Public Funding, Harm Reduction.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 NOÇÕES GERAIS SOBRE O DIREITO À SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	13
1.1 DIREITO À SAÚDE À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	13
1.2 A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	17
1.3 O ADVENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	21
2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS ESTRATÉGIAS DE RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL.....	29
2.1 CONCEITO, ASPECTOS GERAIS E REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	29
2.2 PANORAMA DA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL.	35
2.3 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA A RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL.....	39
2.4 REDUÇÃO DE DANOS <i>VERSUS</i> ABSTINÊNCIA NA RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	42
3 O IMPACTO DO FINANCIAMENTO PÚBLICO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	46
3.1 A LEGALIDADE DO FINANCIAMENTO PÚBLICO ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SEUS DESVIOS.....	46
3.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS	53
3.3 A IMPORTÂNCIA E NECESSIDADE DO RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES (DHP).....	59
CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS.....	67

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos do século XX, o mundo tem testemunhado grandes transformações na área da saúde mental, especialmente com a Reforma Psiquiátrica. No Brasil, esse movimento busca alterar profundamente o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais, promovendo a desinstitucionalização e a reintegração social. Paralelamente, surgem as Comunidades Terapêuticas (CTs), inicialmente concebidas como uma nova abordagem para tratar dependências químicas. No entanto, a prática dessas comunidades no Brasil diverge significativamente dos objetivos da Reforma Psiquiátrica, levantando questionamentos sobre sua eficácia e legalidade.

O problema de pesquisa investigado é: Como a legislação brasileira aborda o desvio de finalidade do financiamento público destinado às Comunidades Terapêuticas em contraste com os objetivos da Reforma Psiquiátrica? Esta problemática revela-se de extrema relevância, dado o volume considerável de investimentos públicos alocados para essas instituições, que não fazem parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e têm sido frequentemente associadas a violações de direitos humanos.

A importância deste estudo é evidente tanto no âmbito social quanto jurídico. Ele busca esclarecer como os recursos públicos estão sendo aplicados no campo da saúde mental e se essa aplicação está alinhada com os princípios e objetivos da Reforma Psiquiátrica. Além disso, identifica e analisa possíveis desvios e irregularidades no uso desses recursos, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas e a garantia dos direitos dos pacientes.

A metodologia empregada neste estudo baseia-se em pesquisa bibliográfica e qualitativa, utilizando o método dedutivo. A pesquisa bibliográfica permite a revisão da literatura existente, incluindo leis, artigos científicos e relatórios de organizações de direitos humanos. A abordagem qualitativa proporciona uma análise aprofundada dos dados coletados, enquanto o método dedutivo guia a investigação das questões gerais para as específicas.

O estudo estrutura-se em três capítulos principais. O primeiro capítulo aborda noções gerais sobre o direito à saúde mental e a Reforma Psiquiátrica, incluindo o direito à saúde conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, a questão da saúde mental no Brasil e o advento da Reforma Psiquiátrica. Este capítulo fornece o contexto histórico e legal necessário para entender a evolução das políticas de saúde mental no Brasil.

No segundo capítulo, o foco recai sobre as Comunidades Terapêuticas e suas estratégias de recuperação da dependência de álcool e outras drogas no Brasil. Discutem-se conceitos, aspectos gerais e a regulamentação dessas instituições, bem como um panorama da saúde mental no país. Além disso, analisam-se as práticas de redução de danos versus abstinência nas estratégias de recuperação, destacando as divergências entre a teoria e a prática.

O terceiro capítulo discute o impacto do financiamento público nas Comunidades Terapêuticas, explorando a legalidade desse financiamento como política de saúde mental e os desvios associados. Examinam-se as violações de direitos humanos relatadas nessas instituições e a necessidade de respeito aos direitos dos pacientes. Este capítulo destaca as consequências jurídicas e sociais do financiamento público inadequado e propõe alternativas para um uso mais eficaz e justo dos recursos.

Este trabalho traz diversas contribuições importantes, ele fornece uma análise detalhada e crítica sobre a aplicação das políticas de saúde mental no Brasil, especialmente no que tange às Comunidades Terapêuticas. Além disso, aponta falhas e desvios na aplicação dos recursos públicos, sugerindo medidas para garantir que as políticas de saúde mental sejam mais eficazes e alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica, promovendo um tratamento digno e respeitoso para todos os pacientes.

Através desta pesquisa, é possível não apenas mapear o cenário atual das Comunidades Terapêuticas no Brasil, mas também oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas mais justas e eficientes. Assim, o estudo contribui significativamente para o debate sobre a saúde mental e os direitos humanos, reforçando a importância de uma abordagem inclusiva e humanizada no tratamento das dependências químicas e outros transtornos mentais.

1 NOÇÕES GERAIS SOBRE O DIREITO À SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

O presente capítulo aborda as noções gerais sobre o direito à saúde mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ele examina o direito à saúde conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, enfatizando a saúde mental como um direito fundamental e um dever do Estado. Além disso, este capítulo traça um panorama histórico das políticas de saúde mental no país, destacando as mudanças promovidas pela Reforma Psiquiátrica, que busca a humanização do tratamento e a reintegração social dos pacientes.

1.1 DIREITO À SAÚDE À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Nas sociedades, a reflexão sobre saúde e doença é um tema recorrente, geralmente, a saúde é vista pela perspectiva de seu oposto, a doença, que necessita de uma explicação devido à sua relevância na experiência humana. A saúde implica a criação de diversas normas, práticas e morais para sua preservação, onde se busca evitar a doença. A defesa da saúde abrange tanto a saúde individual quanto a coletiva, expandindo-se para todas as conexões possíveis entre a saúde e as diferentes esferas sociais e culturais, incluindo o âmbito jurídico (Aith, 2006).

Por outro lado, as concepções de saúde são construídas a partir da relação entre o indivíduo e a sociedade. Às vezes, a saúde é entendida simplesmente como a ausência de doença ou como um vigor corporal que permite ao corpo resistir aos impactos negativos do ambiente social. Também se encontra o conceito de saúde como um "equilíbrio", permitindo que o indivíduo responda adequadamente às demandas sociais. Este equilíbrio é associado à plenitude física e psíquica, à autossatisfação e à harmonia com outros. Essas concepções fluidas de saúde abordam várias experiências humanas, mas a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades (Aith, 2006).

As representações contemporâneas de saúde vão além do aspecto estritamente médico, englobando fatores biológicos e sociais. A saúde é vista como o resultado da harmonia entre a pessoa e seu entorno, incluindo aspectos culturais e religiosos. Geralmente, as doenças não são vistas como originadas na pessoa, mas sim como resultado da

incorporação de elementos prejudiciais vindos do ambiente externo, que podem ser espirituais ou resultantes de um estilo de vida não saudável (Aith, 2006).

Segundo uma pesquisa de Herzlich (1969) citada por Aith (2006), esses componentes externos da doença são claros, com a doença sendo um impacto no corpo por elementos nocivos externos. Além disso, as relações sociais que influenciam a origem da doença não são vistas como sobrenaturais, mas como parte do ambiente social. Essas forças antagônicas se manifestam materialmente, deteriorando o meio físico.

Rosenberg (1998) identificou que a noção de uma cidade patogênica é comum tanto no pensamento médico quanto no social sobre a saúde. As discussões sobre saúde abordam tanto os elementos cognitivos e simbólicos quanto os decorrentes das experiências cotidianas, inseridas em diversos contextos sociais.

O direito à saúde, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, é um marco essencial na proteção dos direitos sociais no Brasil. No contexto da saúde mental, este direito ganha uma dimensão ainda mais significativa, especialmente considerando as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica, que será abordada em momento posterior. A implementação desta reforma visou desinstitucionalizar o tratamento de transtornos mentais, promovendo uma abordagem mais humana e comunitária.

No entanto, o financiamento de Comunidades Terapêuticas (CTs), que muitas vezes operam fora do Sistema Único de Saúde (SUS) e com práticas questionáveis, levanta preocupações sobre a efetividade e a conformidade dessas políticas com os objetivos estabelecidos pela reforma. Nesse sentido, analisar como a legislação atual aborda esses desafios é fundamental para compreender se os recursos públicos estão sendo utilizados de maneira adequada e em consonância com os princípios constitucionais de dignidade e direitos humanos, além dos princípios constitucionais que regem a administração pública, em especial o princípio da eficiência, previstos em seu art. 37 da CF/88 (Brasil, 1988).

A Constituição de 1988, em seu artigo 6º, inclui o direito à saúde no amplo conjunto de direitos sociais. Complementando esse dispositivo, o artigo 196 estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários para sua efetivação, proteção e recuperação. Os direitos sociais, como o direito à saúde, estão intimamente ligados ao princípio da dignidade da pessoa humana, que é uma premissa essencial da República Federativa do Brasil, conforme o artigo 1º da CF/88, que o define como um direito fundamental com plena eficácia. O princípio da dignidade da pessoa humana é considerado o mais relevante dos princípios constitucionais, sendo a base dos direitos humanos e fundamentais (Brasil, 1988).

Com base nessa premissa, Sarmento (2016, p. 152) explica que o princípio da dignidade da pessoa humana se divide em quatro componentes: “valor intrínseco da pessoa humana, autonomia, mínimo existencial e reconhecimento”. Para este trabalho, é especialmente importante a garantia jurídica do mínimo existencial, que impõe ao Estado e à sociedade a obrigação de garantir condições materiais básicas aos indivíduos.

Os direitos sociais, incluindo o direito à saúde, buscam suprir todas as necessidades materiais essenciais para uma existência digna, estando assim estreitamente ligados ao mínimo existencial garantido pela Constituição Federal. A dignidade da pessoa humana, o mínimo existencial, os direitos sociais e o direito à saúde estão interconectados em um contexto prático.

A Constituição de 1988 visou criar uma estrutura onde todas as entidades federativas fossem responsáveis pela prestação e defesa do direito à saúde, mas encontrou-se um modelo complexo. Para a sua devida concretização, é necessário analisar as relações interinstitucionais de governo (Viana et al., 2002). A principal configuração constitucional das competências na área da saúde é de natureza comum e concorrente legislativa. O texto constitucional determina, no artigo 23, II da CF/88, que a proteção à saúde é uma responsabilidade comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Além disso, o artigo 24º, XII da CF/88 confere a esses entes a competência para legislar sobre a proteção e defesa da saúde (Sarmento, 2016).

A descentralização prevista na diretriz de gestão única se manifesta em elementos formais entre todos os níveis e entes federativos. Dessa forma, o Estado brasileiro tem a plena obrigação constitucional de proporcionar condições materiais essenciais aos indivíduos que não podem adquiri-las por conta própria, incluindo a garantia de prestações materiais e pretensões positivas relacionadas ao direito à saúde.

Assim, observa-se a possibilidade de proteção judicial do núcleo prestacional do mínimo existencial, com o Judiciário brasileiro desempenhando um papel relevante na consagração e efetivação dos direitos relativos às prestações positivas. No entanto, como esclarece Barroso (2009, p. 66):

Em um primeiro momento, chegou-se a defender que os direitos sociais previstos constitucionalmente, mormente o direito à saúde, não seriam direitos fundamentais, mas apenas normas programáticas, que não geravam direitos subjetivos por dependerem da vontade do legislador e de recursos estatais para serem concretizados. Argumentava-se, ainda, que a elaboração de políticas públicas competiria apenas aos Poderes Executivo e Legislativo e que o Poder Judiciário não teria os conhecimentos técnicos necessários ou legitimidade democrática para se

imiscuir nessa seara, razão pela qual o direito à saúde não seria passível de ser judicializado.

Todavia, atualmente, a visão é diferente, reconhecendo-se que o direito à saúde, como reflexo do princípio da dignidade humana e do mínimo existencial, está longe de ser uma norma programática, sendo entendido como um legítimo direito fundamental subjetivo dos indivíduos, com força normativa e grande respaldo jurídico, o que implica deveres prestacionais estatais, passíveis de serem exigidos judicialmente.

Hoje em dia, debate-se pouco sobre a possibilidade de judicialização do direito à saúde, que, como direito subjetivo, pode ser alcançado por vias judiciais, seja individualmente ou coletivamente, através de demandas que buscam o fornecimento de bens ou serviços essenciais para uma vida mais justa e digna. Em resumo, a doutrina e a jurisprudência nacional aceitam essa possibilidade, resultando na frequente busca de proteção jurídica desse direito (Barroso, 2009).

Nesse contexto, o texto constitucional deixou de ser uma mera norma política e simbólica, adquirindo força normativa e aplicabilidade direta e imediata pelos magistrados, que passaram a desempenhar um papel central na proteção e efetivação dos direitos sociais, especialmente o direito à saúde, por meio da concessão de tutelas que demandam o fornecimento gratuito de medicamentos, exames, internações e outros tratamentos médicos (Sarmento, 2016).

Indiscutivelmente, o direito à saúde, em seu aspecto prestacional do mínimo existencial, não pode ser ignorado diante das escolhas políticas ou tecnocráticas das autoridades, podendo ser alcançado judicialmente, mesmo que envolva custos. Em muitos casos, é legítimo que o Poder Judiciário intervenha para efetivá-lo, em nome da justiça.

Sendo assim, é importante destacar que o direito fundamental à saúde não é absoluto, e sua tutela e proteção jurídica não podem ser compreendidas como incondicionadas e imunes a limitações. Assim, embora haja clara prioridade, a proteção concedida por meio de tutela jurisdicional deve ser entendida como limitada.

Apesar dos avanços legislativos e das intenções progressistas expressas na Constituição Federal de 1988, a implementação prática desses direitos apresenta desafios significativos. A complexidade dos sistemas de saúde e a necessidade de uma coordenação eficaz entre os diferentes níveis de governo exigem uma vigilância constante e uma avaliação crítica das políticas implementadas. O direito à saúde, embora robustamente ancorado em princípios constitucionais, enfrenta obstáculos na sua concretização, que vão desde a escassez

de recursos até desigualdades regionais que impedem um acesso universal e igualitário às prestações de serviços de saúde.

A análise jurídica do direito à saúde, com foco na saúde mental, deve considerar não apenas a letra da lei, mas também a aplicação prática das políticas públicas e os desafios enfrentados pelas CTs. É fundamental entender como a legislação e o financiamento público impactam a qualidade do atendimento e a proteção dos direitos dos pacientes. Ao final, a pesquisa destaca a necessidade de uma fiscalização rigorosa e de um alinhamento maior entre as práticas das CTs e os objetivos da Reforma Psiquiátrica, visando garantir que os investimentos públicos contribuam para um sistema de saúde mental mais justo, eficiente e humano. Assim, pode-se assegurar que os avanços legais e constitucionais realmente se traduzam em melhorias concretas na vida das pessoas que dependem desses serviços.

1.2 A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O Brasil enfrenta desafios significativos na área de saúde mental, que demandam uma análise cuidadosa e criteriosa das políticas públicas atuais. Em um país marcado por disparidades socioeconômicas profundas, a questão da saúde mental transcende a simples gestão de transtornos psiquiátricos, envolvendo uma complexa gama de fatores culturais, econômicos e políticos. Neste cenário, a eficácia do sistema de saúde em promover bem-estar mental e autonomia individual torna-se uma prioridade urgente. A necessidade de revisar as abordagens terapêuticas e o financiamento das comunidades terapêuticas é impulsionada pela crescente demanda por tratamentos que respeitem e promovam os direitos humanos fundamentais, garantindo que todos os cidadãos possam buscar ajuda sem receio de perderem sua liberdade ou dignidade.

A concepção de saúde mental se estende além da ausência de distúrbios psíquicos, abarcando a autonomia e a capacidade de realização pessoal, conforme exposto por Vieira (2022). Esta visão ampliada sublinha que a saúde mental, como direito humano essencial, está intrinsecamente ligada à dignidade da pessoa.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), saúde mental envolve a habilidade de gerir o estresse diário e contribuir para a sociedade. Esta definição, que transcende a ausência de doenças, sugere uma abordagem ampla e integrativa. Por sua vez, os transtornos mentais, segundo a OMS (2002), impactam significativamente o bem-estar pessoal e requerem uma compreensão abrangente para um tratamento eficaz. A análise da

legislação brasileira, nesse sentido, revela uma desconexão entre a intenção de promover saúde mental e o financiamento de instituições que podem não fornecer um tratamento que respeite os direitos fundamentais dos indivíduos.

O aumento global de transtornos mentais, como a ansiedade, que afeta milhões de pessoas ao redor do mundo, incluindo uma alta porcentagem da população brasileira, destaca a urgência de revisar e adaptar políticas de saúde mental. Um estudo de Bonadiman et al. (2017) aponta que transtornos mentais são a principal causa de incapacidade no Brasil, com os transtornos decorrentes do uso de drogas apresentando a maior elevação das taxas de anos de vida saudáveis perdidos com aumento de 37,1% entre 1990 e 2015, o que ressalta a necessidade de intervenções eficazes e acessíveis. Este dado é preocupante, especialmente quando se considera o direcionamento de recursos públicos para comunidades que não seguem os preceitos de tratamento baseados em evidências científicas e respeito aos direitos dos pacientes.

A baixa procura por tratamento para sintomas depressivos revela não só a estigmatização associada a tais condições, mas também falhas no sistema de saúde que devem ser endereçadas e apesar da baixa mortalidade, os transtornos mentais são altamente incapacitantes, indicando necessidade de ações preventivas e protetivas, principalmente na atenção primária em saúde (Fernandes et al., 2024). Nesse panorama, é crucial investigar se os investimentos em comunidades terapêuticas estão realmente ampliando o acesso ao tratamento ou perpetuando modelos ultrapassados que não atendem às necessidades reais dos pacientes.

A pandemia de COVID-19 exacerbou os desafios em saúde mental, com um aumento significativo de casos. O estudo de Baldissara (2021) mostrou que a pandemia levou a um aumento de sentimentos de tristeza e ansiedade entre os brasileiros. Este cenário torna ainda mais urgente a necessidade de revisão das políticas de saúde mental. A Lei nº 10.216/2001, conhecida como Reforma Psiquiátrica, representou um marco na saúde mental brasileira, promovendo tratamento em liberdade em contraposição ao modelo asilar. Devido à sua importância, o presente estudo dedicará o próximo tópico para tratar do assunto.

À luz da Lei nº 10.216/2001 e dos princípios da Reforma Psiquiátrica, torna-se imperativo avaliar as práticas atuais em relação ao tratamento e cuidado em saúde mental, particularmente nas comunidades terapêuticas e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esta análise crítica é fundamental para assegurar que as abordagens adotadas estejam verdadeiramente alinhadas com uma visão de saúde mental que promova não apenas a recuperação dos transtornos, mas também a inclusão e o respeito à dignidade humana. A

transição deste ponto de discussão para os desafios enfrentados pelos CAPS e as comunidades terapêuticas evidencia a necessidade de uma revisão abrangente das políticas e estratégias de financiamento, assegurando que cada instituição reflita os valores e objetivos de um sistema de saúde mental eficaz no Brasil.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), elemento essencial na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), desempenha a função de coordenar a interação com outros serviços de saúde. Sendo um serviço de acesso contínuo e territorial, o CAPS se dedica ao cuidado de indivíduos que enfrentam sofrimentos causados por distúrbios mentais, consumo problemático de álcool e outras substâncias, além das interações desses indivíduos com seu ambiente, que inclui o espaço e as relações interpessoais. O time do CAPS é composto por uma variedade de profissionais como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos (Galassi, 2018).

Esses profissionais baseiam suas atividades na relação estabelecida entre o paciente e o serviço, focando no acolhimento e na elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS, que é desenvolvido em conjunto pelo profissional e pelo paciente, define as intervenções a serem realizadas durante o tratamento, abrangendo aspectos diversos da vida do indivíduo, tanto dentro quanto fora do serviço. Esse projeto é constantemente revisado para adaptar-se às necessidades do paciente, além de apoiar o processo de reabilitação e a recuperação de sua autonomia (Gallassi et al., 2016).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam um avanço ao proporcionar serviços integrados e multidisciplinares. A comparação entre os CAPS e as comunidades terapêuticas revela disparidades significativas em termos de aderência aos princípios de tratamento comunitário e de respeito à autonomia do paciente. Apesar dos avanços representados pelos CAPS, ainda existem desafios significativos, como a falta de uniformidade no acesso a esses serviços em diferentes regiões do país. Essa variabilidade pode comprometer a eficácia do tratamento e sugere a necessidade de reavaliar como os recursos públicos são distribuídos, especialmente quando destinados a comunidades terapêuticas que podem não proporcionar um nível comparável de cuidado (Lacerda; Fuentes, 2016).

A cidade de Fortaleza conta com 16 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem serviços especializados no âmbito da saúde mental, esses serviços são instituídos pelas Secretarias de Saúde municipais, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, regulamentada pelo Ministério da Saúde, que atribui aos municípios a competência para sua implementação e gestão. Entre os CAPS, estão 06 CAPS

Gerais, que atendem indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, e 07 CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), destinados ao suporte para pessoas com dependência de substâncias psicoativas. Além disso, existem CAPS específicos para o público infantil (CAPSi), voltados a crianças que enfrentam sofrimento psíquico ou dependência química. Nos CAPS, é realizada uma avaliação inicial para identificar as necessidades de cada usuário e, com base nisso, é feito o encaminhamento aos serviços disponíveis na unidade. As equipes podem incluir profissionais de diversas áreas, como clínica médica e psiquiátrica, assistência farmacêutica, enfermagem, psicoterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, fonoaudiologia e nutrição. Além disso, os interessados podem buscar diretamente o CAPS mais próximo para agendar uma avaliação inicial e obter os cuidados necessários (Prefeitura de Fortaleza, 2025).

O tratamento de dependências, especialmente o uso problemático de álcool e outras drogas, ilustra uma das maiores lacunas nas políticas públicas de saúde mental. Historicamente, essa questão foi negligenciada ou inadequadamente abordada, muitas vezes relegada a medidas de segurança pública em vez de ser tratada como uma questão de saúde. Isso destaca a importância de alinhar o financiamento das comunidades terapêuticas com estratégias efetivas e baseadas em direitos humanos.

A introdução do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas em 2002 representou uma tentativa de mudança, promovendo uma abordagem mais integrada e respeitosa. A redução de danos, que se originou como uma estratégia para prevenir doenças transmissíveis, foi adaptada para o campo das dependências, reconhecendo a necessidade de abordagens que respeitem a individualidade dos usuários (Galassi, 2018).

As práticas de redução de danos permitem um tratamento que acolhe sem julgamento, adaptando-se às necessidades individuais. Este aspecto da saúde mental é frequentemente subestimado nas comunidades terapêuticas financiadas com dinheiro público, onde a abordagem pode não ser tão flexível ou individualizada, levantando preocupações sobre a adequação desses investimentos (Paiva et al., 2018).

O programa "Crack, é Possível Vencer", lançado em 2012, sinaliza um compromisso com a expansão da rede de cuidados a usuários de drogas. Este contexto evidencia a necessidade de monitorar de perto o impacto dessas políticas nas comunidades terapêuticas, garantindo que elas contribuam positivamente para os objetivos de saúde mental pública (Galassi; Santos, 2014).

O desafio de capacitar profissionais de saúde para lidar com as complexidades do uso problemático de substâncias ainda é significativo. A adequação do financiamento de

comunidades terapêuticas deve ser questionada se elas não promoverem a formação contínua de seus profissionais, garantindo que o tratamento oferecido esteja alinhado com as melhores práticas e evidências disponíveis.

Ante ao exposto, é essencial que a saúde mental seja compreendida como uma parte integral do direito à saúde, conforme enfatizado por Vieira (2022). Isso implica uma revisão crítica de como os recursos públicos são aplicados. Minerbo e Galvani (2002) salientam que o foco no tratamento de saúde mental deve ir além da eliminação dos sintomas, para abordar a reconstrução da subjetividade do indivíduo. Este ponto de vista é essencial para avaliar se as comunidades terapêuticas estão realmente ajudando os pacientes a encontrar um novo sentido de autonomia e participação social.

Para avançar nessa direção, é fundamental que o Brasil reforce seu compromisso com uma política de saúde mental que esteja em consonância com os ideais de humanização e eficácia clínica. Isso inclui o desenvolvimento e a implementação de estratégias que respeitem a complexidade dos transtornos mentais e que promovam uma verdadeira integração do indivíduo na sociedade. Além disso, deve-se garantir que os profissionais envolvidos sejam adequadamente capacitados e que as instituições sejam equipadas para oferecer um suporte amplo e adaptado às necessidades de cada paciente. Ao lidar com essas questões, o país estará não apenas tratando os sintomas de problemas psicológicos, mas também restaurando a subjetividade e a dignidade dos indivíduos, contribuindo assim para uma sociedade mais justa e equitativa.

1.3 O ADVENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira representa um capítulo significativo na história da saúde mental, que começou a ser escrita a partir de uma série de debates e movimentos sociais. Desde a redemocratização do Brasil, surgiram críticas severas em relação aos métodos tradicionais de tratamento psiquiátrico, marcados por abusos e isolamento. Este ânimo reformista ganhou força com o crescimento de movimentos que defendiam um tratamento mais humano e inclusivo para indivíduos com transtornos mentais. O envolvimento da sociedade civil e a mobilização de profissionais da saúde mental foram essenciais para desencadear mudanças legislativas e práticas que refletissem uma nova compreensão sobre a saúde mental.

Inicialmente, é fundamental destacar que a legislação que desencadeou a reforma psiquiátrica no Brasil através da Lei 10.216 de 2001 foi o resultado de longas lutas antimanicomiais que começaram no final da década de 1970, intensificando-se no final da década de 1980 após a redemocratização com a nova Constituição de 1988. Durante este período, enquanto outros países buscavam alternativas aos manicômios desde o pós-guerra, o Brasil permaneceu distante dessas discussões, especialmente durante a ditadura militar (1964 a 1981), uma época que viu um aumento na criação de hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil marcou uma mudança paradigmática no tratamento e na percepção do transtorno mental, tendo como desencadeante a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e as ações do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Este movimento emergiu em um contexto onde a precariedade das condições de trabalho e a falta de recursos nas instituições de saúde mental foram amplamente criticadas, despertando um interesse público e político pelas questões de saúde mental (Amarante, 2011).

Em 1978, ocorrências importantes incluíram o I Congresso Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, com a participação de figuras como Franco Basaglia e Thomas Szasz. Basaglia, psiquiatra e neurologista italiano que liderou a reforma psiquiátrica na Itália, sendo uma das figuras mais importantes no movimento antimanicomial mundial, criticava fortemente o modelo tradicional de tratamento baseado na institucionalização, que via como desumanizante, e defendia uma abordagem mais humanizada e comunitária para o cuidado em saúde mental, também participou do III Congresso Mineiro de Psiquiatria em 1979, que impactou profundamente o movimento após sua visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, onde ele testemunhou tratamentos crueis (Amarante, 2011).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em Brasília em 1986, foi um marco, pois, pela primeira vez, incluiu a participação popular, contribuindo para uma nova concepção de saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Esta conferência estabeleceu princípios fundamentais como a universalização do acesso à saúde, a descentralização e a democratização das políticas de saúde, incentivando uma visão de saúde como qualidade de vida (Maciel, 2002).

Durante o mesmo período, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro em 1987, permitiu que o MTSM revisasse suas estratégias e repensasse seus princípios, lançando o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e estabelecendo o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial. Este foi um gesto significativo na

direção da desinstitucionalização e na redefinição das práticas em saúde mental no Brasil (Maciel, 2012).

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, em 1987, eventos chave como a Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília-DF ocorreram, colocando questões de saúde mental em destaque. Em 1989, Paulo Delgado, um sociólogo e deputado federal, apresentou o Projeto de Lei 3.657/89, motivado pelo MTSM, que propôs a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e estipulou regras mais rígidas para internações compulsórias. No artigo 10 do projeto original, estava prevista a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, além de regras mais rígidas para financiamento pelo governo e avisos de internação compulsória. Este projeto, no entanto, só foi aprovado em 2001 após intensos debates políticos no Congresso Nacional (Rolim, 2018).

O Projeto de Lei 3.657/89 propôs regulamentações que favoreciam o tratamento e a proteção dos direitos dos doentes mentais, além de prever a extinção progressiva dos manicômios, substituindo-os por serviços extra hospitalares. Este projeto, contudo, enfrentou fortes resistências, tanto na mídia quanto em segmentos da sociedade, revelando a polarização das opiniões em torno do cuidado aos portadores de transtorno mental. Apesar das controvérsias, o projeto evoluiu para se tornar a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que efetivamente marcou a transição para novas modalidades de atendimento, como Hospitais-Dia, CAPS e Lares Protegidos (Lei 10.216/2001) (Rolim, 2018).

A aprovação da Lei 10.216/2001, marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi resultado de um longo processo de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, marcado por intensa mobilização científica, política e social. No entanto, um fato externo acelerou sua concretização: a condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso Damião Ximenes Lopes Versus Brasil. Damião Ximenes, portador de transtornos mentais, faleceu em 1999 após sofrer violência em uma instituição psiquiátrica credenciada pelo SUS em Sobral, Ceará, expondo as graves falhas no tratamento psiquiátrico brasileiro e violando dispositivos legais nacionais e internacionais. A condenação do Brasil em 2003 exigiu reparações, incluindo a não repetição de práticas abusivas e a capacitação de profissionais de saúde mental. Segundo Delgado (2011), o reconhecimento da responsabilidade do Estado pelo presidente Lula foi um marco histórico, evidenciando o paradoxo de um país que buscava humanizar o tratamento psiquiátrico, mas foi condenado internacionalmente por violações nessa área. O caso Ximenes, ocorrido no Ceará, atuou como catalisador para a aprovação da Lei 10.216, demonstrando como pressões internacionais e a

necessidade de respostas a demandas globais influenciaram a política interna, acelerando a reforma psiquiátrica no Brasil (Smolarek, 2020).

A referida Lei, quando finalmente aprovada, não determinou o fechamento imediato dos hospitais psiquiátricos, mas promoveu uma reorganização dos serviços de saúde mental para operar fora da lógica manicomial. Apesar dos desafios e da demora na tramitação, a lei foi um avanço significativo para o movimento antimanicomial no Brasil.

Nise da Silveira desempenhou um papel fundamental na transformação da psiquiatria no Brasil, desafiando práticas tradicionais como eletrochoques e lobotomias e introduzindo abordagens mais humanizadas por meio da terapia ocupacional, sua perspectiva revolucionária focava na interação entre os pacientes e o ambiente ao seu redor, promovendo a expressão criativa como um meio de tratamento. No Centro Psiquiátrico Nacional, onde começou seu trabalho na década de 1940, Nise estruturou o Setor de Terapêutica Ocupacional, oferecendo aos pacientes atividades que não apenas preenchiam o tempo, mas também serviam como formas de expressão e reconexão com a realidade social (Silveira, 1981).

Entre suas principais iniciativas estava a criação de ateliês de pintura, que ganharam destaque por revelarem a rica vida interior dos pacientes, muitas vezes desconsiderada pela psiquiatria hegemônica da época. Nise acreditava que a criatividade era um catalisador para reorganizar o mundo interno dos pacientes, ajudando-os a transformar o caos psíquico em harmonia por meio da arte. O Ateliê de Pintura evoluiu para se tornar um espaço de estudo e inovação, gerando reflexões sobre o dinamismo psíquico e criando conexões com campos como a psicologia junguiana e a mitologia (Silveira, 1992).

Outro marco de sua trajetória foi a fundação do Museu de Imagens do Inconsciente, um espaço dedicado à preservação e estudo das produções artísticas dos pacientes. Este museu não apenas abrigava as obras, mas também promovia exposições em locais renomados, como o Museu de Arte de São Paulo e até mesmo no exterior. Essas exposições foram fundamentais para desafiar o estigma associado aos pacientes psiquiátricos, mostrando ao público a profundidade e a beleza de suas criações. Para Nise, a arte era mais do que um reflexo de sintomas; era uma ponte para a compreensão e a valorização da experiência humana (Silveira, 1981).

A visão de Nise da Silveira transcendeu os limites da psiquiatria tradicional ao propor que o tratamento dos pacientes psiquiátricos deveria integrar arte, ciência e humanismo. Sua abordagem interdisciplinar influenciou significativamente a terapia ocupacional no Brasil, destacando a importância de um ambiente acolhedor e de uma formação sensível dos

profissionais envolvidos. Sua obra continua a inspirar práticas contemporâneas, reafirmando a relevância do cuidado humanizado e do respeito à singularidade de cada indivíduo (Silveira, 1986).

A implementação da Lei 10.216/2001, no entanto, não foi sem desafios. Os hospitais psiquiátricos, embora desencorajados, continuaram existindo e a lei não promoveu o fechamento imediato destas instituições como havia sido proposto inicialmente pelo deputado Paulo Delgado. Em muitos estados, novas políticas foram desenvolvidas para criar suas próprias leis antimanicomiais, como o caso do Rio Grande do Sul, que aprovou uma reforma psiquiátrica estadual (Lei Estadual 9.716/92), liderada pelo professor universitário e deputado estadual, Marcos Rolim (Rolim, 2012).

A resistência encontrada no processo de desinstitucionalização foi intensa, especialmente porque envolvia a alteração de uma cultura enraizada no tratamento de transtornos mentais. A visão estigmatizante sobre a loucura e as práticas asilares persistiam, apesar das novas políticas e leis. Ações para promover uma melhor compreensão e gestão do cuidado aos doentes mentais eram essenciais para avançar nessa transformação cultural (Emerich; Campos; Passos, 2014).

A mudança legislativa introduzida pela Lei 10.216/2001 trouxe também a necessidade de um novo modelo de atendimento, que privilegiava o tratamento comunitário e aberto, em contraponto à internação compulsória e isolada. Esta lei estipulava que os indivíduos com transtornos mentais deveriam ser tratados preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, a menos que uma crise severa exigisse intervenção médica mais intensa (Lei 10.216/2001).

Essa transição, apesar de sua importância, apresentou desafios significativos, como a adequação das infraestruturas existentes e a formação de profissionais de saúde mental capacitados para trabalhar sob o novo modelo. Além disso, a lei enfrentou oposição de setores que temiam a redução da segurança pública, dada a menor utilização de internações compulsórias (Vasconcelos, 2000).

Apesar das dificuldades, iniciativas importantes foram realizadas, incluindo a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Residência Terapêutica (SRT), que se propuseram a ser alternativas viáveis aos hospitais psiquiátricos. Estas unidades ofereciam cuidados contínuos e integrados, promovendo a reabilitação e reintegração social dos pacientes (Lei 10.216/2001).

No entanto, a implementação plena da Lei 10.216/2001 foi progressivamente dificultada por falta de recursos e apoio político, levando a disparidades significativas na

qualidade e no alcance dos serviços oferecidos em diferentes regiões do país. Marcos Rolim aponta que a correlação de forças políticas no Congresso Nacional foi um dos fatores que retardou a aprovação e a implementação efetiva das medidas propostas (ROLIM, 2012).

Em 2015, a ameaça de um retrocesso tornou-se evidente quando a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde enfrentou críticas após a suspensão do médico Valencius Wurch, responsável por uma clínica psiquiátrica em Paracambi, Rio de Janeiro. Este evento destacou as contínuas tensões e desafios na aplicação das políticas antimanicômias, sublinhando a necessidade de vigilância e defesa dos direitos humanos no tratamento dos transtornos mentais (Vasconcelos, 2016).

Além disso, o grave retrocesso com a Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde, que rejeitava a Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) como substituto dos hospitais psiquiátricos, ilustrou como as conquistas podem ser rapidamente ameaçadas por mudanças políticas e administrativas. Isso reforça a necessidade de uma mobilização contínua e engajada da sociedade civil e dos profissionais da saúde para garantir que os avanços na saúde mental sejam mantidos e expandidos (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2019).

Diante desses desafios, a temática dos direitos dos portadores de transtornos mentais deve ser continuamente discutida e problematizada. A construção de uma "democracia psíquica", como descrito por Emerich, Campos e Passos (2014), não apenas abrange a saúde mental, mas também compromete a sociedade com a construção de uma democracia social mais ampla, onde os direitos humanos são intransigentemente defendidos e promovidos.

A perspectiva de uma sociedade sem manicômios, embora inspiradora, enfrenta obstáculos práticos e ideológicos que se manifestam nas diversas camadas da sociedade. O enfrentamento a estes desafios requer uma abordagem que integre diversos saberes e práticas, visando um tratamento que respeite a complexidade dos fenômenos do transtorno mental. Esta integração deve contemplar não só a saúde mental, mas também as relações sociais e culturais que influenciam a experiência do indivíduo acometido por transtornos mentais (Vasconcelos, 2000).

O princípio de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica valoriza o tratamento em liberdade, opondo-se à lógica asilar que isolava o paciente em instituições. A lei nº 10.216/2001 reflete essa mudança de paradigma ao priorizar a reinserção social dos pacientes, por meio do estabelecimento de serviços substitutivos, como os CAPS, que são fundamentais para o sucesso dessa política (Lei 10.216/2001).

A atenção à saúde mental no Brasil ainda está em processo de transformação. A necessidade de adaptar o sistema de saúde para oferecer um suporte adequado, que vá além do tratamento médico e inclua apoio psicossocial e comunitário, é uma discussão constante entre profissionais e legisladores. A Lei 10.216/2001 foi um passo importante nessa direção, mas a implementação de suas diretrizes ainda enfrenta barreiras significativas.

A falta de recursos financeiros e humanos, junto com a resistência cultural à mudança nas práticas de tratamento dos transtornos mentais, são fatores que ainda limitam a plena realização dos objetivos da Reforma Psiquiátrica. Investimentos contínuos e políticas públicas inclusivas são necessários para superar esses desafios e promover um sistema de saúde mental que respeite os direitos dos pacientes (Emerich; Campos; Passos, 2014).

O papel dos movimentos sociais, como o MTSM, e a participação da comunidade são essenciais para pressionar por mudanças sustentáveis e eficazes no tratamento dos transtornos mentais. A luta por uma sociedade sem manicômios é uma luta pela dignidade e pelos direitos humanos, uma vez que aborda não apenas as questões médicas, mas também sociais e políticas.

As conferências nacionais e o envolvimento de diversos atores sociais têm sido vitais para manter a discussão sobre saúde mental em evidência e para garantir que as mudanças legislativas se traduzam em melhorias práticas no cuidado e tratamento dos indivíduos. O fortalecimento do diálogo entre diferentes setores pode ajudar a garantir que a saúde mental seja entendida como um componente integral da saúde pública.

Ademais, a vigilância contínua e a adaptação das políticas de saúde mental são necessárias para responder eficazmente às necessidades em constante mudança da população. A experiência brasileira na reforma psiquiátrica mostra que os avanços podem ser lentos e repletos de desafios, mas também destaca a importância do compromisso contínuo com os princípios de direitos humanos e tratamento digno.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um processo contínuo que exige esforço e dedicação de todos os envolvidos, desde profissionais de saúde mental até legisladores e a própria sociedade. As experiências e desafios enfrentados nesse caminho são testemunhos da complexidade da saúde mental como campo de cuidado e de direitos humanos. A luta por uma abordagem mais humanizada e menos institucionalizada do tratamento dos transtornos mentais continua sendo uma prioridade essencial para a construção de uma sociedade mais inclusiva e justa.

O Ministério da Saúde (2005) estabeleceu linhas específicas de financiamento para serviços que substituem o hospital psiquiátrico, e novos mecanismos foram implementados

para fiscalizar, gerir e reduzir gradualmente os leitos psiquiátricos no país. A partir deste momento, a rede de cuidados diários em saúde mental expandiu significativamente, estendendo-se a áreas com uma forte tradição hospitalar, onde anteriormente a assistência comunitária em saúde mental era quase inexistente.

Durante o mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas que estavam internadas há muito tempo foi acelerado pela criação do programa "De Volta para Casa". Além disso, foram desenvolvidas políticas de recursos humanos especificamente para a Reforma Psiquiátrica e delineadas políticas para lidar com o álcool e outras drogas, adotando a estratégia de redução de danos. Em 2004, ocorreu em São Paulo o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, que reuniu dois mil trabalhadores e usuários dos CAPS (Ministério da Saúde, 2005).

Este processo é marcado por iniciativas dos governos federal, estadual e municipal, além de movimentos sociais, todos trabalhando juntos para facilitar a transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitária. O período atual é definido por dois movimentos simultâneos: a criação de uma rede de atenção à saúde mental que serve como alternativa ao modelo centrado na internação hospitalar, e a fiscalização e redução programada dos leitos psiquiátricos existentes. É neste contexto que a Reforma Psiquiátrica se estabelece como uma política oficial do governo federal (Ministério da Saúde, 2005).

Portanto, com a promulgação da Lei 10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica no Brasil estabeleceu um novo marco regulatório que visava a desinstitucionalização e a integração social dos pacientes. O desafio sempre foi o de continuar a avançar neste caminho, garantindo a implementação efetiva da lei e o fortalecimento das redes de atenção psicossocial. É essencial que o governo, em todas as suas esferas, assegure o financiamento adequado e a supervisão dos serviços, enquanto a sociedade deve permanecer vigilante e ativa no apoio a estas mudanças. A continuidade do diálogo entre diferentes setores é fundamental para que a saúde mental seja cada vez mais reconhecida como parte integral do bem-estar e dos direitos humanos.

2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS ESTRATÉGIAS DE RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

O segundo capítulo discute as Comunidades Terapêuticas (CTs) e suas estratégias de recuperação da dependência de álcool e outras drogas no Brasil. Ele explora o conceito, os aspectos gerais e a regulamentação das CTs, oferecendo uma análise detalhada sobre como essas instituições operam e quais são suas principais metodologias de tratamento. Além disso, o capítulo apresenta um panorama da saúde mental no país, focando nas práticas de recuperação, como a redução de danos e a abstinência, e avaliando a eficácia dessas abordagens.

2.1 CONCEITO, ASPECTOS GERAIS E REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As Comunidades Terapêuticas (CTs) configuram-se como entidades da sociedade civil que acolhem voluntariamente pessoas que enfrentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs). Estas instituições visam não só interromper o uso dessas substâncias, mas também reintegrar os indivíduos à vida social, proporcionando um ambiente propício para a recuperação física e psíquica dos acolhidos. Desde sua introdução no Brasil na década de 1970, as CTs têm se expandido e se consolidado como uma alternativa significativa na abordagem do uso prejudicial de drogas (Passos et al., 2023).

O funcionamento das CTs baseia-se em três pilares fundamentais: trabalho, disciplina e espiritualidade. A prática conhecida como "laborterapia" envolve os acolhidos em atividades laborais, educativas e de formação profissional, com o objetivo de desenvolver hábitos de trabalho, aumentar a autoestima e promover um sentido de competência entre os participantes (Damas, 2013; Gomes, 2010). A espiritualidade também desempenha um papel crucial, muitas vezes associada a grupos religiosos, sendo utilizada para ajudar os acolhidos a manejar os sintomas de abstinência e fortalecer sua responsabilidade social (Gomes, 2010).

O conceito de CT foi inspirado em um modelo desenvolvido pelo psiquiatra Maxwell Jones no Reino Unido, durante os anos 1950, destinado ao tratamento de soldados afetados pela Segunda Guerra Mundial. Este modelo se destacava pelo foco na convivência comunitária e na participação ativa dos pacientes na gestão das atividades terapêuticas, diferenciando-se do tratamento manicomial tradicional. No Brasil, adaptações desse modelo,

como o modelo Synanon, também influenciaram as práticas nas CTs, enfatizando a correção do "desvio" comportamental através da vida em comunidade (Damas, 2013).

A regulamentação das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil envolve várias normas e resoluções, destacando-se a Resolução RDC nº 29 de 2011 da Anvisa que, através dela, as CTs brasileiras foram reconhecidas como entidades de acolhimento que devem atender a requisitos de segurança sanitária. Esta resolução determina padrões de higiene, infraestrutura e procedimentos operacionais, garantindo um ambiente seguro para o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Além disso, ela especifica a necessidade de supervisão contínua para assegurar a conformidade com os critérios estabelecidos (Brasil, 2011).

A Resolução CONAD nº 01 de 2015 regulamenta o funcionamento das CTs no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Esta norma define as CTs como entidades que realizam o acolhimento voluntário de pessoas com problemas associados ao uso de substâncias psicoativas, estabelecendo diretrizes sobre a adesão voluntária, o caráter transitório do ambiente residencial e a oferta de programas de desenvolvimento pessoal. A resolução visa garantir que as CTs operem de acordo com princípios éticos e legais, promovendo a reintegração social dos acolhidos (Brasil, 2015).

A Portaria nº 562 de 2019, emitida pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), institui o Plano de Fiscalização e Monitoramento das CTs. Esta portaria cria mecanismos para o controle e a avaliação contínua das CTs, garantindo que estas instituições cumpram os requisitos legais e operacionais estabelecidos. A fiscalização é fundamental para assegurar que as CTs ofereçam um ambiente seguro e terapêutico, promovendo a recuperação e o bem-estar dos acolhidos (Brasil, 2019).

Adicionalmente, a Portaria nº 563 de 2019 da SENAPRED estabelece o cadastro de credenciamento das CTs, definindo regras e procedimentos para o credenciamento das entidades que atuam na prevenção, apoio, mútua ajuda e ressocialização de dependentes de álcool e outras drogas. Este credenciamento visa assegurar a qualidade dos serviços prestados pelas CTs, permitindo ao governo monitorar e regular o setor de forma mais eficaz. O cumprimento dessas normativas é crucial para garantir que as CTs operem de maneira segura, ética e eficiente (Brasil, 2019).

As Comunidades Terapêuticas (CTs), conforme estabelecido pela Lei nº 11.343/2006 e modificada pela Lei nº 13.840/2019, são espaços designados para acolher pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. No entanto, esses acolhidos devem ser acompanhados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de sua região. [As](#)

Comunidades Terapêuticas (CTs), conforme definidas no Art. 2º do Projeto de Lei nº 4.032, de 2024, são caracterizadas como modelo terapêutico extra-hospitalar, de caráter residencial, voluntário e de demanda espontânea, que prioriza a convivência entre os pares. Destinam-se ao acolhimento de pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social (Brasil, 2024).

A Lei nº 13.840/2019 estabelece disposições específicas para o acolhimento de usuários ou dependentes de drogas em comunidades terapêuticas. O artigo 26-A define que esse acolhimento deve oferecer projetos terapêuticos voltados à abstinência, com adesão e permanência voluntárias e formalizadas por escrito. O ambiente deve ser residencial, favorecendo a convivência entre os pares e o desenvolvimento pessoal. A lei exige uma avaliação médica prévia, a elaboração de um plano individual de atendimento e proíbe o isolamento físico dos acolhidos. Indivíduos com comprometimentos graves devem ser encaminhados à rede de saúde para atendimento contínuo ou de emergência (Brasil, 2019).

Apesar de sua importância crescente, as CTs enfrentam diversas críticas e desafios, principalmente em relação à conformidade com as normas de saúde e assistência social. Todavia, o Conselho Nacional de Assistência Social, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, por meio da Resolução CNAS/MDS nº 151, de 23 de abril de 2024, estabeleceu que as comunidades terapêuticas não são oficialmente reconhecidas como entidades de assistência social. Essa decisão tem implicações diretas para o financiamento dessas instituições, que ficam impedidas de acessar recursos destinados à assistência social, limitando o apoio financeiro proveniente de programas e políticas voltados a essa área. A medida reforça a distinção entre os serviços prestados por comunidades terapêuticas e aqueles realizados por entidades regulamentadas dentro do sistema de assistência social, destacando a necessidade de enquadramento adequado às normas vigentes.

É relevante observar que as Comunidades Terapêuticas (CTs), na prática, não se enquadram nem como equipamentos de saúde, devido à ausência de estrutura ambulatorial ou hospitalar e à inexistência de profissionais da área da saúde em seu quadro, por outro lado, também é desafiador classificá-las como estabelecimentos sociais, uma vez que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) não as reconhece como parte integrante de sua estrutura. Além disso, apesar de estarem inseridas em algumas regulamentações relacionadas às políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), sua posição dentro do sistema permanece ambígua, reforçando a necessidade de maior clareza e delimitação normativa sobre o papel dessas instituições (Brasil, 2021).

Pesquisas indicam que algumas CTs podem operar de maneira inadequada, perpetuando práticas que isolam os acolhidos e violam seus direitos (Passos et al., 2023). A regulamentação e fiscalização rigorosas são, portanto, essenciais para garantir que essas instituições ofereçam um serviço seguro e eficaz (Loeck, 2021; Napolião; Castro, 2022). Em termos de infraestrutura, as CTs brasileiras variam amplamente. Algumas operam em áreas rurais, enquanto outras estão localizadas em regiões urbanas. Todas, no entanto, compartilham a característica de serem residências coletivas onde os acolhidos permanecem até que estejam fisicamente e psicologicamente preparados para retomar suas vidas sem o uso de drogas (Santos, 2014). O ambiente comunitário deveria ser organizado para favorecer a criação de vínculos e a participação ativa dos acolhidos no processo terapêutico, promovendo a colaboração mútua e o apoio entre pares (Damas, 2013).

O financiamento público das CTs é uma questão complexa. Desde 2012, o governo federal tem destinado recursos significativos para essas instituições. Em 2013, cerca de R\$ 100 milhões foram alocados para CTs em todo o país, refletindo a prioridade dada a essas entidades no enfrentamento da dependência química (Santos, 2014). Entretanto, esse financiamento não é isento de controvérsias. Críticos argumentam que a dependência de recursos públicos pode comprometer a autonomia das CTs e desviar fundos de outras áreas essenciais de saúde e assistência social (Passos et al., 2023).

A regulamentação das CTs é continuamente aprimorada para atender às necessidades dos acolhidos e às exigências legais. A Resolução nº 29 da Anvisa e a Resolução nº 01 do Conad são marcos regulatórios, como já demonstrado, que estabelecem padrões mínimos para o funcionamento dessas instituições. No entanto, a implementação dessas normas varia significativamente entre as CTs, com algumas enfrentando dificuldades para cumprir todos os requisitos (Loeck, 2021).

As Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil, embora desempenhem um papel na política de saúde mental, têm sido alvo de críticas significativas quanto à violação de direitos e ao uso de financiamento público. Integradas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), essas instituições são criticadas por promoverem práticas que, frequentemente, isolam os acolhidos e perpetuam um modelo de abstinência total, que contrasta com a abordagem de redução de danos adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isso gera tensões e conflitos dentro do sistema de saúde brasileiro (Passos et al., 2023).

A eficácia das CTs como política pública de saúde mental é debatida. Enquanto algumas apresentam histórias de sucesso, outras enfrentam problemas graves, como a falta de profissionais qualificados e condições inadequadas de atendimento (Passos et al., 2023;

Loeck, 2021). As práticas de isolamento e abstinência total frequentemente violam os direitos dos acolhidos, evidenciando uma abordagem moralizadora e punitiva que pode ser mais prejudicial do que benéfica (Passos et al., 2023).

A fiscalização das CTs é fundamental para assegurar a qualidade dos serviços prestados. A Anvisa, por meio da Resolução nº 29, estabelece condições para a fiscalização dessas instituições, mas a aplicação dessas normas é inconsistente. Algumas CTs são regularmente inspecionadas, enquanto outras operam sem supervisão adequada, colocando em risco a saúde e o bem-estar dos acolhidos. A falta de fiscalização rigorosa permite que práticas abusivas e violadoras de direitos persistam, necessitando de uma revisão e fortalecimento das políticas de controle (Loeck, 2021).

O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 foi elaborado em uma parceria entre o Conselho Federal de Psicologia, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e o Ministério Público Federal. Esse relatório destaca as condições encontradas em comunidades terapêuticas de todo o Brasil, oferecendo um panorama detalhado das práticas, estruturas e abordagens utilizadas no acolhimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A iniciativa visou avaliar a conformidade desses espaços com os direitos humanos, além de identificar possíveis irregularidades e violações, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais efetivas no campo da saúde mental (CFP et al., 2018).

A análise revelou desafios significativos, como a ausência de regulamentações padronizadas, a falta de infraestrutura adequada e denúncias de práticas que desrespeitam a dignidade e os direitos dos acolhidos. O documento também chama a atenção para a necessidade de fiscalização contínua e implementação de critérios mais rigorosos para o funcionamento das comunidades terapêuticas, destacando o papel dos órgãos públicos e da sociedade civil na promoção de práticas que respeitem os princípios éticos e legais. Assim, o relatório tornou-se uma referência importante para o debate sobre a efetividade e os limites das comunidades terapêuticas no Brasil (CFP et al., 2018).

Sobre o procedimento de fiscalização, ele é dividido em três etapas: a chamada dos acolhidos, entrevistas reservadas com no mínimo três acolhidos selecionados pelos fiscais, e vistoria das instalações físicas da entidade. A instituição deve enviar a documentação solicitada pelos fiscais por protocolo digital em até 12 horas após a fiscalização. As ocorrências registradas serão documentadas em um relatório, ao qual a Comunidade Terapêutica poderá responder em até dez dias. Caso haja descumprimento das obrigações

contratuais, a Comunidade estará sujeita a sanções previstas na legislação vigente e no contrato. Além disso, a fiscalização remota pode ser complementada por fiscalizações presenciais se necessário (Loeck, 2021).

Adicionalmente, a Portaria MC nº 625, de 6 de abril de 2021, estabelece a implementação da Fiscalização Remota de Comunidades Terapêuticas no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Essa fiscalização, conduzida por videoconferência, visa assegurar que os serviços de acolhimento para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas sejam prestados de forma adequada pelas comunidades terapêuticas contratadas. De acordo com o documento, a fiscalização será conduzida por servidores designados formalmente e ocorrerá em todas as comunidades terapêuticas que tenham acesso à internet, sem aviso prévio e ao menos uma vez durante a vigência de cada contrato, priorizando critérios como o número de vagas disponibilizadas e a proximidade do término do contrato (Brasil, 2021).

Recentes inspeções realizadas em comunidades terapêuticas de 25 estados brasileiros e no Distrito Federal destacaram irregularidades graves no funcionamento dessas instituições. A ação, promovida pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), pelo Ministério Público Federal (MPF), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e por Ministérios Públicos Estaduais, avaliou mais de 50 estabelecimentos entre novembro e dezembro de 2024. O objetivo principal foi verificar a conformidade dessas instituições com as legislações vigentes e assegurar o respeito aos direitos humanos, especialmente no contexto da reforma psiquiátrica estabelecida pela Lei nº 10.216/2001. Durante as inspeções, foram analisados fatores como as condições físicas dos espaços, o respeito à voluntariedade dos acolhimentos, a adequação dos medicamentos utilizados e as práticas adotadas no tratamento dos internos, com foco na identificação de possíveis violações, como trabalho forçado e condições degradantes (Ministério Público Federal, 2024).

Diversas irregularidades foram constatadas, incluindo casos de aplicação de violência física, uso indevido de contenção química e alimentação vencida, além da ausência de profissionais especializados em saúde mental. Em estados como Rio Grande do Sul, Paraíba e Alagoas, algumas instituições foram interditadas devido à gravidade das práticas identificadas, como acolhimento involuntário, estrutura precária, administração inadequada de medicamentos e descumprimento de normas sanitárias e trabalhistas. Essas ações reforçam a necessidade de maior fiscalização e de políticas públicas voltadas à proteção dos direitos das pessoas em tratamento, considerando a urgência de garantir práticas alinhadas aos princípios fundamentais da Constituição de 1988 e das legislações que orientam o cuidado

em saúde mental no Brasil (Ministério Pùblico Federal, 2024).

Ante ao exposto, vale dizer que a relação das CTs com o setor público é complexa e problemática. Muitas dependem de financiamento público para manter suas operações, o que cria desafios como a necessidade de cumprir regulamentações governamentais e a pressão para demonstrar resultados positivos (Passos et al., 2023). Este relacionamento pode comprometer a qualidade e a autonomia dos serviços prestados, evidenciando a necessidade de uma abordagem mais crítica e ética na gestão dessas instituições.

Portanto, as Comunidades Terapêuticas enfrentam críticas severas quanto às suas práticas e ao uso de financiamento público. A regulamentação e fiscalização são essenciais para garantir que essas instituições operem de maneira segura e ética. A integração das CTs na rede de saúde mental brasileira deve ser acompanhada de um compromisso com a proteção dos direitos dos acolhidos e a promoção de abordagens terapêuticas baseadas em evidências e em respeito à dignidade humana.

2.2 PANORAMA DA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

No Brasil, a abordagem da saúde mental e o uso de álcool e outras drogas têm evoluído significativamente nas últimas décadas. As políticas públicas de saúde têm se adaptado para responder às necessidades emergentes dessas áreas, especialmente a partir dos anos 2000, com a promulgação de diversas leis e portarias. A transição de um modelo assistencial tradicional, focado em instituições asilares, para um modelo psicossocial e comunitário reflete uma mudança importante na forma como o país trata essas questões. Essa transformação é exemplificada pela Lei 10.216/2001, que foi um divisor de águas ao promover a reinserção social e o tratamento humanizado dos indivíduos com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Esta evolução normativa é essencial para entender o atual panorama da saúde mental e do uso de drogas no Brasil.

A Política Nacional sobre Drogas de 2006 (Lei nº 11.343/2006) reconheceu a necessidade de diferenciar entre usuários, dependentes e traficantes, defendendo um tratamento público adequado para aqueles com problemas decorrentes do uso de drogas. Essa política também incorporou a estratégia de redução de riscos e de danos, que busca mitigar os efeitos negativos do uso de substâncias sem necessariamente exigir a abstinência total (Brasil, 2006). Com a inclusão do Art. 26-A pela Lei nº 13.840 de 2019, o acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora passou a ser caracterizado pela

oferta de projetos terapêuticos que visam à abstinência, reforçando a abordagem de tratamento dentro dessas comunidades (Brasil, 2019).

Nos últimos anos, observou-se um aumento significativo na implementação de serviços de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Até 2014, havia 39.228 equipes de atenção básica e 3.898 equipes de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), além de 2.462 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2014). Esses serviços visam oferecer cuidado integral e integrado às pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Toledo et al., 2020).

O contexto universitário também reflete a problemática do uso de substâncias. Estudos indicam que a autonomia adquirida pelos universitários pode ser um fator desencadeante para o início do consumo de drogas (Prudêncio et al., 2023). Em resposta, políticas de prevenção e tratamento foram desenvolvidas, como a Lei 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e enfatizou a atenção e reinserção social dos usuários (Brasil, 2006).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, estabelecida em 2003, reforçou a importância de um tratamento integrado e articulado entre diferentes setores governamentais e a sociedade civil (Brasil, 2003). A criação dos CAPS AD (Álcool e Drogas) representou um avanço significativo na assistência a essas populações (Prudêncio, 2019).

A inclusão oficial das CTs na rede de atenção psicossocial ocorreu em 2011, através da Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede visa articular diversos serviços de saúde, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), promovendo um modelo de cuidado integrado e intersetorial (Brasil, 2011).

Dados mais recentes mostram que em 2018, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas continuou a evoluir, com o objetivo de fortalecer a RAPS e expandir a cobertura dos serviços de saúde mental. No entanto, desafios persistem, especialmente relacionados ao *déficit* de profissionais especializados, como psiquiatras e psicólogos, no SUS (Toledo et al., 2020).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) também desempenha um papel fundamental na prevenção e tratamento do uso de substâncias, integrando ações de saúde mental em suas práticas diárias. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e as Equipes de Consultório na Rua são exemplos de iniciativas que buscam alcançar populações vulneráveis e fornecer cuidados contínuos (Toledo et al., 2020).

A abordagem integrada e a ampliação da rede de serviços são fundamentais para atender às complexas necessidades dos usuários de álcool e outras drogas. A cooperação entre diferentes níveis de governo e a participação ativa da sociedade são essenciais para a eficácia dessas políticas (Gomes, 2017).

A relevância do tema é corroborada pelo Relatório Mundial sobre Drogas da UNODC de 2019, que destaca a inter-relação entre o uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas como um problema de saúde global. No Brasil, a resposta a essa questão inclui a implementação de programas de prevenção e tratamento baseados nas melhores evidências científicas disponíveis (UNODC, 2019).

Em 2021, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 400,3 mil atendimentos a pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e drogas, um aumento de 12% em relação a 2020, que teve 356 mil atendimentos. Esse aumento reflete a crescente demanda por serviços especializados e a importância da atenção primária como porta de entrada para esses cuidados. O atendimento é mais frequente entre homens e prevalente na faixa etária de 25 a 29 anos, destacando a necessidade de políticas direcionadas a esses grupos (Ministério da Saúde, 2022).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o uso abusivo do álcool foi o mais recorrente, com 159,6 mil atendimentos em 2021, seguido por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína e fumo. Essas estatísticas sublinham a urgência de estratégias de prevenção e tratamento eficazes para lidar com a complexidade do uso de substâncias no país (Ministério da Saúde, 2022).

De acordo com Prudêncio et al. (2023), os CAPS desempenham um papel fundamental na rede de atenção psicossocial, proporcionando atendimento a uma ampla gama de transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Eles são parte essencial da estratégia de desinstitucionalização, promovendo a reabilitação e reintegração social dos pacientes em um ambiente comunitário.

A implementação de políticas públicas voltadas para a saúde mental e o uso de drogas tem sido um desafio constante. Apesar dos avanços significativos, como a criação da RAPS e a expansão dos serviços de saúde mental, ainda existem lacunas importantes a serem preenchidas, especialmente no que diz respeito ao acesso universal e à qualidade do atendimento prestado (Prudêncio, 2019).

O financiamento dessas políticas também tem sido um ponto de debate. Embora o investimento em saúde mental tenha aumentado, ainda é insuficiente para atender à demanda crescente. A descontinuidade de financiamento e a falta de recursos adequados são obstáculos

que comprometem a efetividade das ações propostas.

A estratégia de redução de danos, por exemplo, tem se mostrado uma abordagem eficaz na gestão do uso de substâncias. Em vez de focar exclusivamente na abstinência, essa estratégia busca reduzir os impactos negativos do uso de drogas na saúde e na vida social dos usuários. Programas de troca de seringas, tratamento assistido e educação sobre o uso seguro de substâncias são algumas das iniciativas implementadas (Gomes, 2017).

O cenário atual também revela uma tendência preocupante de remanicomialização, onde práticas asilares e repressivas têm sido retomadas em algumas áreas. Isso vai contra os princípios da reforma psiquiátrica, que defende o tratamento em liberdade e a integração social dos indivíduos com transtornos mentais (Prudêncio et al., 2023).

Além disso, a participação da sociedade civil e de organizações não-governamentais tem sido crucial na implementação e monitoramento dessas políticas. A colaboração entre diferentes setores é fundamental para criar uma rede de suporte eficiente e abrangente (Prudêncio et al., 2023). A capacitação de profissionais de saúde também é um aspecto vital. Investir em formação e atualização constante dos trabalhadores da saúde é essencial para garantir que eles estejam preparados para lidar com as complexidades dos transtornos mentais e do uso de substâncias.

Em resumo, o panorama da saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil é marcado por avanços e desafios contínuos. A implementação de políticas públicas integradas, o fortalecimento da rede de atenção psicossocial e a adoção de estratégias de redução de danos são passos importantes para enfrentar essa questão. No entanto, é necessário um compromisso contínuo e um esforço colaborativo para garantir que todas as pessoas tenham acesso a um atendimento de qualidade e humanizado (Prudêncio et al., 2023).

Conclui-se que, embora tenha havido avanços significativos na política pública de saúde mental e no tratamento do uso de substâncias psicoativas no Brasil, muitos desafios ainda precisam ser superados. O panorama atual também revela a necessidade de combater tendências de remanicomialização e práticas repressivas, assegurando o tratamento em liberdade e a integração social dos indivíduos com transtornos mentais. Portanto, é imprescindível um compromisso contínuo e uma colaboração entre diferentes setores governamentais e a sociedade civil para enfrentar de maneira eficaz as complexidades inerentes a essas questões e garantir que todas as pessoas tenham acesso a um atendimento de qualidade e humanizado.

2.3 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA A RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017), no Brasil, as Comunidades Terapêuticas são entidades privadas que tratam pessoas com dependência de drogas e álcool. Elas funcionam como residências temporárias onde os pacientes são internados para se manterem afastados das substâncias. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH, 2013) aponta que essas comunidades apresentam problemas semelhantes aos encontrados em prisões. Muitas vezes, a internação forçada leva à privação de liberdade e expõe os indivíduos a maus-tratos, tortura e outras violações de direitos humanos. Embora não sejam instituições públicas, a Comissão considera que o Estado deve ser responsável, especialmente por aquelas financiadas com recursos públicos.

Em 2017, o governo federal relatou que existiam 2.000 comunidades terapêuticas no Brasil, das quais cerca de 316 recebem financiamento público. O Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, entre outros órgãos, estima que esse número possa chegar a seis mil, com pouca fiscalização governamental sobre seu funcionamento (Ministério da Justiça, 2017).

As comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil surgiram como uma resposta ao modelo tradicional de tratamento psiquiátrico, especialmente no contexto da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995; Birman e Costa, 1994). Inicialmente, essas instituições foram influenciadas por grupos como os Alcoólicos Anônimos, adotando métodos de autoajuda e abstinência (De Leon, 2003). O advento da Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011, integrou oficialmente as CTs na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como já demonstrado (Brasil, 2011). Entretanto, a inclusão dessas instituições no SUS levantou diversas controvérsias sobre a legalidade e a eficácia dos métodos utilizados (CFP, 2011).

Em abril de 2018, o Poder Executivo destinou 87 milhões de reais para apoiar as comunidades terapêuticas (Ministério da Justiça, 2018). Diversas entidades locais, como o Conselho Federal de Psicologia e o Ministério Público Federal, criticaram essa medida, argumentando que o financiamento dessas entidades contraria uma abordagem comunitária de saúde mental (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018).

O relatório de 2017 do Conselho Federal de Psicologia, Ministério Público e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura destacou a falta de um marco regulatório claro para as comunidades terapêuticas no Brasil (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018). Os órgãos governamentais relevantes têm trabalhado em normativas que

refletem diferentes visões sobre o papel dessas instituições dentro de uma política de cuidados e reabilitação. A política de saúde mental no Brasil, orientada pela Reforma Psiquiátrica, promove o cuidado em liberdade e a redução de danos. Essa abordagem visa minimizar os efeitos negativos do uso de drogas sem exigir abstinência total, proporcionando um tratamento mais humanizado e efetivo (Brasil, 2003). Contudo, as CTs frequentemente operam em contradição com esses princípios, focando na abstinência como única solução viável e ignorando a complexidade dos problemas enfrentados pelos dependentes químicos (De Leon, 2003; Nadelman et al., 1997).

Segundo o relatório, o aumento no número de comunidades terapêuticas e no financiamento público ocorre sem uma legislação adequada que defina a natureza dessas instituições, os serviços que podem oferecer e sua responsabilidade na garantia dos direitos dos usuários (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018). A legislação vigente, como a Lei nº 13.840 de junho de 2019, define as Comunidades Terapêuticas como entidades sem fins lucrativos que acolhem usuários de drogas (Presidência da República, 2019). No entanto, a lei permite o financiamento público sem estabelecer padrões claros de controle e fiscalização. A Comissão reconhece que as Portarias do Ministério da Saúde e do Ministério da Cidadania são passos importantes, mas ainda insuficientes para um marco regulatório amplo (Ministério da Saúde, 2019; Ministério da Cidadania, 2019).

A ausência de mecanismos de controle pelo Estado permite práticas arbitrárias e violações de direitos humanos nas comunidades terapêuticas. A CIDH recebeu relatos de violações como internação forçada, administração arbitrária de medicamentos, restrição de contato com familiares, trabalho forçado, abusos físicos, violação da liberdade religiosa e de consciência, e internação de adolescentes. O relatório sublinha a necessidade de maior fiscalização e regulamentação dessas instituições para prevenir abusos e assegurar os direitos dos usuários (Conectas Direitos Humanos et al., 2018).

A perspectiva moralista e punitiva adotada por muitas CTs é outro ponto de crítica. Em vez de tratar a dependência química como uma questão de saúde pública, essas instituições frequentemente a veem como uma falha moral, o que reforça estigmas e dificulta a recuperação dos pacientes (Fiore, 2006). Essa visão simplista desconsidera os complexos fatores socioeconômicos e psicológicos que contribuem para a dependência química.

A Comissão recebeu relatos sobre a forte presença religiosa nas comunidades terapêuticas, onde o tratamento oferecido é muitas vezes baseado em práticas religiosas e orações, em detrimento da atenção médica ou tratamento especializado. Esse tipo de atuação pode levar à submissão da pessoa internada a crenças alheias às suas, em um processo de

imposição (Conectas Direitos Humanos et al., 2018). A análise da CIDH revela que tais práticas violam o direito à liberdade religiosa dos pacientes. Além disso, organizações da sociedade civil relataram medidas que visam doutrinação religiosa e a obrigatoriedade de participar de atividades religiosas sob ameaça de castigo físico (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018).

Outro problema significativo é a falta de integração das CTs com outros serviços de saúde mental. Muitos pacientes não recebem o acompanhamento contínuo necessário após a alta, resultando em repetidas internações e dificuldades na reintegração social (Silverman et al., 2002). A ausência de uma rede de apoio abrangente e coordenada impede que os dependentes de álcool e drogas recebam o tratamento holístico que necessitam (Jucá, 2005). Sobre a internação forçada, a Comissão foi informada que a proibição do Estado para realizar internações involuntárias ou voluntárias não é efetivamente cumprida.

O Mecanismo Nacional de Prevenção à Tortura, juntamente com organizações da sociedade civil, relataram restrições à saída de pessoas internadas. Há relatos de que indivíduos internados são impedidos de deixar as instituições, tendo o acesso a seus documentos pessoais, recursos financeiros e contato com familiares restritos, e são submetidos a contratos que estabelecem pesadas multas em caso de saída anterior ao prazo estipulado. Além disso, há controle rigoroso de chamadas telefônicas e acesso aos meios de comunicação (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018).

A CIDH destacou que adolescentes estão sendo submetidos a tratamentos em comunidades terapêuticas, o que é preocupante dada a vulnerabilidade adicional desse grupo. Essas comunidades não têm distinção adequada entre adultos e adolescentes, conforme exigido pelo ECA. Algumas dessas instituições compartilham o mesmo espaço físico para ambos os grupos, o que não atende às normas de proteção e reabilitação específicas para adolescentes. A Comissão expressa preocupação sobre a falta de diretrizes claras do Ministério da Saúde que regulem as comunidades terapêuticas, especialmente considerando que algumas dessas unidades também acolhem adolescentes (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018).

A Comissão também observou que dados divulgados pelo Governo Federal confirmam a presença de adolescentes nessas comunidades, muitas vezes em condições semelhantes às dos adultos, o que pode acarretar violação de privacidade e estigmatização (BBC News Brasil, 2019). Embora o acolhimento de adolescentes esteja regulamentado pela Resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), essa regulamentação ainda apresenta falhas significativas na implementação. Em 2016, o

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) manifestou-se contra o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas (CIDH, 2021).

Portanto, a inclusão das CTs no SUS deve ser reavaliada constantemente à luz de evidências científicas e da proteção dos direitos humanos. Somente assim será possível garantir um tratamento digno e eficaz para todos os dependentes de álcool e outras drogas no Brasil. As políticas de saúde mental devem se orientar pela valorização da vida, ressocialização e desenvolvimento da cidadania dos pacientes, em vez de perpetuar práticas coercitivas e excludentes (Ferreira, 2017). A integração de diferentes modalidades de tratamento, incluindo a redução de danos e a terapia comunitária, é essencial para o sucesso da recuperação dos dependentes químicos (Ramôa et al., 2012).

2.4 REDUÇÃO DE DANOS *VERSUS* ABSTINÊNCIA NA RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O tratamento da dependência de álcool e outras drogas envolve diversas abordagens terapêuticas, sendo a redução de danos e a abstinência as mais discutidas entre profissionais de saúde. A escolha do método mais adequado depende de múltiplos fatores, incluindo as necessidades individuais dos pacientes, o contexto social em que estão inseridos e os objetivos do tratamento. A análise dessas abordagens revela a complexidade da questão e a importância de um tratamento personalizado que respeite a autonomia e a dignidade dos usuários.

A redução de danos é uma abordagem que se concentra na diminuição dos efeitos nocivos do uso de substâncias psicoativas sem necessariamente exigir a cessação total do uso. Este modelo é fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que incluem a universalidade, integralidade e equidade, priorizando a liberdade de escolha do indivíduo e promovendo o diálogo e o consenso (Silveira; D'Tolis, 2016). Esta abordagem é amplamente defendida por respeitar a autonomia do usuário, proporcionando um ambiente de tratamento que leva em consideração as necessidades individuais e promove a inclusão social.

Por outro lado, a abstinência enfatiza a cessação completa do uso de substâncias como meio de recuperação. As Comunidades Terapêuticas (CTs) são um exemplo clássico desta abordagem, onde os indivíduos são retirados de seus ambientes habituais e colocados em residências livres de drogas, com foco na disciplina, regras e responsabilidades (Cazenave, 1999). No entanto, essa abordagem é frequentemente criticada por sua rigidez e imposição de

normas estritas, que podem não ser adequadas para todos os indivíduos.

A redução de danos oferece diversas estratégias, como a diminuição do uso de drogas e a troca por substâncias menos prejudiciais, sempre buscando melhorar a qualidade de vida e os direitos dos indivíduos (Carvalho; Dimenstein, 2017). Esta abordagem é particularmente eficaz na prevenção de doenças transmissíveis, como a AIDS, através de programas de troca de seringas e outras medidas de saúde pública (Campos; Siqueira, 2003). A flexibilidade da redução de danos permite adaptar as intervenções às realidades socioeconômicas e culturais dos indivíduos, promovendo a desinstitucionalização e a autonomia, aspectos fundamentais para a reintegração social dos usuários.

Por outro lado, o modelo de abstinência nas CTs pode ser criticado por sua natureza institucionalizada e pela imposição de normas rígidas. Entretanto, muitos usuários relatam uma melhora na qualidade de vida e uma sensação de acolhimento nas CTs, embora estas muitas vezes careçam de profissionais qualificados, como psicólogos e médicos, o que pode comprometer a eficácia do tratamento (Carvalho; Dimenstein, 2017).

A redução de danos também valoriza a participação ativa dos usuários no seu tratamento, promovendo a corresponsabilização e o fortalecimento dos vínculos sociais. Este modelo permite que o usuário participe de seu tratamento, valorizando as mudanças em seu comportamento, estabelecendo vínculos e a corresponsabilização, estratégias que favorecem a voz do indivíduo (Lima; Seidl, 2017). Além disso, a redução de danos envolve uma série de intervenções que podem incluir a abstinência, a diminuição do uso da droga ou até mesmo a troca por substâncias que provoquem menos prejuízos à saúde. Seu foco é na constituição de serviços da rede assistencial do SUS, especialmente os serviços de saúde mental – a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) –, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) (Vinadé, 2009).

Em contraste, as CTs muitas vezes seguem um modelo de tratamento inspirado em programas como os dos Alcoólicos Anônimos, que enfatizam a espiritualidade, a disciplina e o trabalho como componentes-chave da recuperação. Este enfoque pode ser limitador, especialmente para aqueles que não compartilham da mesma fé ou que precisam de uma abordagem mais personalizada (Fossi; Guareshi, 2015). Além disso, o modelo de abstinência enfrenta desafios significativos, como a falta de compreensão e aceitação por parte de alguns profissionais de saúde, que ainda veem a abstinência como a única solução viável. Esta falta de conhecimento sobre a redução de danos e a prevalência de preconceitos sociais dificultam a implementação eficaz dessa abordagem (Malvezzi; Nascimento, 2018).

A eficácia dos modelos de redução de danos e abstinência depende, em grande parte,

das necessidades individuais dos usuários e do contexto em que o tratamento é oferecido. Enquanto a redução de danos oferece um caminho mais inclusivo e menos coercitivo, as CTs proporcionam um ambiente altamente estruturado que pode ser benéfico para alguns indivíduos (Vasconcelos et al., 2018).

A implementação de políticas públicas que conciliem ambas as abordagens pode ser a chave para um tratamento mais eficaz e abrangente. Integrar as melhores práticas de redução de danos com os aspectos positivos da abstinência pode proporcionar uma rede de apoio mais completa e adaptada às diversas necessidades dos usuários (Andrade, 2011). A estratégia de redução de danos visa a prevenção, o tratamento e a reabilitação do indivíduo como uma questão de saúde pública, buscando um novo entendimento voltado para a melhoria da qualidade de vida. As técnicas da redução de danos baseiam-se na importância da escolha do usuário e na promoção de diálogos e consensos. Por valorizar as escolhas dos indivíduos, é considerada uma prática mais flexível (Cézar; Oliveira, 2017).

No modelo de redução de danos, a abstinência não é um objetivo rígido, mas sim a atenção integral ao usuário de substâncias psicoativas, buscando aumentar as condições de saúde, tratamento e reabilitação, melhorar a qualidade de vida, resgatar a cidadania e a reinserção social. As ações de redução de danos são feitas em conjunto com os usuários, valorizando as mudanças em seu comportamento, estabelecendo vínculos e a corresponsabilização, estratégias que favorecem a voz do indivíduo (Lima; Seidl, 2017).

Assim, a redução de danos possui um papel essencial na recuperação da dependência de álcool e outras drogas, oferecendo uma abordagem inclusiva e menos coercitiva que respeita a autonomia e os direitos humanos dos usuários. A escolha entre um modelo e outro deve ser guiada pelas especificidades de cada caso, para que se possa oferecer um tratamento verdadeiramente eficaz.

Estudos na área apontam resultados terapêuticos expressivos nas comunidades terapêuticas. De acordo com a metanálise da Cochrane (Smith; Gates; Foxcroft, 2006), os acolhidos têm 86% maior chance de alcançar a abstinência e 32% mais probabilidade de estarem empregados 12 meses após o tratamento, evidência reforçada por Kurlander (2019), que aponta uma qualidade de vida 2,5 vezes superior após a alta. Além disso, a revisão sistemática de Magor-Blatch et al. (2014) destaca melhorias em criminalidade, saúde mental e inserção social. Outros estudos evidenciam a importância do apoio familiar, com Santos (2008) indicando que 63,3% dos acolhidos que contaram com o suporte de familiares concluíram o programa terapêutico, em comparação com apenas 10,6% dos que não tiveram esse suporte. Dados do CERENE (2020) reforçam que o envolvimento familiar eleva os

índices de sucesso e contribui para a manutenção da abstinência a longo prazo.

Em contrapartida, um levantamento recente realizado pelo MDS em parceria com a UFMG (2024) amplia essa análise ao abordar aspectos operacionais e estruturais das entidades de apoio. Foram visitadas 518 unidades de acolhimento em álcool e drogas, que juntas oferecem 26.323 vagas, das quais 48,31% estão contratadas pelo governo federal. A distribuição dessas vagas é heterogênea, com maior concentração nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste, e menores nos Norte e Centro-Oeste, em consonância com os dados do IBGE. Ademais, as entidades apresentam variações quanto ao público atendido – 77,6% atendem exclusivamente homens, 13,8% somente mulheres e 8,6% são mistas – e, embora 88,1% cumpram os padrões de infraestrutura, desafios como a oferta limitada de atividades, falta de contato com a família e insuficiência de profissionais (em torno de 11% dos relatos) ainda persistem.

Essa comparação evidencia que o sucesso dos tratamentos em comunidades terapêuticas depende não só dos desfechos clínicos e do apoio familiar, mas também da organização e qualidade estrutural das unidades de acolhimento. Assim, enquanto os estudos focados nos resultados terapêuticos demonstram a eficácia dos programas e a importância de redes de suporte familiar, os dados operacionais ressaltam a necessidade de aprimorar a infraestrutura e a gestão dessas instituições para potencializar os benefícios do tratamento.

3 O IMPACTO DO FINANCIAMENTO PÚBLICO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

O presente capítulo examina o impacto do financiamento público nas Comunidades Terapêuticas, analisando a legalidade e a adequação desse investimento no contexto das políticas de saúde mental. Ele investiga possíveis desvios de finalidade e violações de direitos humanos associadas ao financiamento dessas instituições. O capítulo também discute os efeitos sociais e jurídicos desse financiamento, propondo uma análise crítica sobre a necessidade de uma supervisão mais rigorosa e o respeito aos direitos dos pacientes, além de sugerir alternativas para um uso mais eficiente dos recursos públicos.

3.1 A LEGALIDADE DO FINANCIAMENTO PÚBLICO ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SEUS DESVIOS

As Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil encontram-se em um panorama diversificado e extenso, com uma presença muito além das 132 filiadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Pesquisas indicam que somente na Bahia, o número de CTs ativas supera significativamente as filiações oficiais da FEBRACT, revelando uma realidade onde muitas dessas instituições operam sem a devida regulamentação ou supervisão de órgãos competentes como a própria FEBRACT, conselhos municipais de diversas índoles ou mesmo a Anvisa (Perrone, 2014).

Os números divulgados apontam para uma quantidade que varia entre 2500 a 3000 CTs atendendo cerca de 60.000 pessoas anualmente no país, o que demonstra o alcance substancial dessas instituições no tratamento da dependência química. No entanto, há uma discrepância preocupante quando se constata que muitas dessas CTs não estão devidamente registradas, o que acarreta em uma prática sem o monitoramento necessário, podendo resultar em condições de tratamento que não só desviam dos princípios da Lei 10.216/2001, mas que também entram em conflito com os direitos humanos básicos (Perrone, 2014).

Relatórios de inspeções realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia desvendaram uma série de irregularidades em diversas CTs, com uma série de violação de direitos humanos, variando de agressões físicas e morais a condições degradantes de higiene e alojamento. Essas violações vão contra os mandamentos da legislação brasileira e dos regulamentos da Anvisa, que estipulam um tratamento humanizado e respeitoso, defendendo

a dignidade e a recuperação dos indivíduos para a reintegração na sociedade. É alarmante que muitas instituições que cometem tais abusos se autodenominem CTs, distorcendo a finalidade e os métodos dessa modalidade de tratamento (Perrone, 2014).

Especialistas na área da saúde têm se posicionado fortemente a favor da interrupção do apoio financeiro do governo às Comunidades Terapêuticas (CTs), que tratam de pessoas com dependência química. Essa posição foi debatida na Câmara dos Deputados (2023), onde se destacou o considerável aumento de 182% nas emendas parlamentares destinadas a essas instituições nos últimos cinco anos. No entanto, essa injeção de recursos não refletiu em uma melhoria palpável na eficiência do tratamento da saúde mental no país, o que acende o debate sobre a eficácia do financiamento atual (Câmara dos Deputados, 2023).

Um dos principais desafios apontados é a inadequada supervisão dessas comunidades, que frequentemente estão fora dos registros oficiais das entidades reguladoras. Tal falha na fiscalização sugere um descuido que pode resultar em uma prática de tratamento que não só desvia do intuito de humanização, mas também colide com as garantias de proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais estabelecidos pela legislação brasileira (Câmara dos Deputados, 2023).

A proposta de centralizar o tratamento da dependência química no Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como uma solução potencial, onde se valoriza a transparência e o controle social, garantindo os direitos humanos e, mais amplamente, a liberdade dos indivíduos. Este redirecionamento para o SUS poderia proporcionar um tratamento mais integral e alinhado com os princípios éticos, contrastando com a situação atual das CTs, cujo funcionamento e efetividade são questionados (Câmara dos Deputados, 2023).

O estudo do financiamento público às comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil revela a profundidade das contradições no uso de recursos estatais para políticas de saúde mental. As CTs, inicialmente voltadas para o tratamento de transtornos psiquiátricos, foram posteriormente adaptadas para a dependência de drogas, baseando-se no isolamento, abstinência e frequentemente em associações religiosas (De Leon, 2003; Alves, 2009). Essa adaptação no Brasil levou a um modelo peculiar que destaca a importância de compreender o financiamento e as políticas que sustentam essas instituições, especialmente no contexto de políticas neoliberais e a expropriação contemporânea do fundo público (Behring, 2004; Salvador, 2012).

A opacidade dos dados sobre o financiamento público dessas instituições representa um obstáculo significativo à transparência, com violações frequentes da Lei de Acesso à Informação. Essa falta de clareza é particularmente notável na relação entre o poder público e

as CTs, dificultando a fiscalização e o controle social dos recursos destinados a essas entidades (Salvador, 2012). O crescimento do investimento público em CTs, que entre 2017 e 2020 que chegou a R\$ 300 milhões em âmbito federal e R\$ 560 milhões considerando estados e municípios, destaca a consolidação dessas entidades como uma política pública central para o tratamento de dependentes de drogas (Conectas Direitos Humanos, 2021). Este cenário é agravado pelo fato de que esses recursos são frequentemente direcionados para o setor financeiro e a acumulação de capital, ao invés de serem utilizados para ampliar e melhorar a rede pública de saúde (Salvador, 2012).

Entretanto, a política de financiamento às CTs carece de planejamento, controle e avaliação. Não há clareza sobre os serviços contratados, a composição dos custos, os insumos necessários, os produtos esperados e, principalmente, a efetividade desses tratamentos (Weber, 2021). A ausência de métricas claras e de avaliação contínua compromete a eficácia e a eficiência do uso dos recursos públicos destinados a essas instituições. A literatura internacional sugere evidências moderadas de eficácia das CTs apenas em contextos específicos, diferentes dos encontrados no Brasil (De Leon, 2003). No Brasil, as evidências sobre a eficácia das CTs são escassas e inexistem como política pública (Conectas Direitos Humanos, 2021).

O financiamento às CTs também é marcado por uma distribuição desigual de recursos entre estados e entre as próprias entidades, com algumas recebendo percentuais elevados de recursos federais, estaduais e municipais (Castelo, 2017). Essa concentração de recursos cria uma disparidade no acesso e na qualidade do tratamento oferecido, favorecendo certas regiões e instituições em detrimento de outras. Além disso, as emendas parlamentares federais destinadas às CTs representaram cerca de 10% dos investimentos federais no período analisado, totalizando R\$ 30 milhões (Weber, 2021). Esse dado indica uma participação significativa de recursos provenientes de emendas parlamentares, o que pode refletir interesses políticos na destinação desses fundos.

A criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas em 2023, através do Decreto nº 11.392/23, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência social, e posteriormente alterado para Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, através do Decreto nº 11.634/23, com o objetivo de apoiar ações de cuidado e tratamento de usuários de drogas em articulação com o SUS e SUAS, reforça a institucionalização dessas entidades (Brasil, 2023). No entanto, a proposta de parcerias com órgãos governamentais e não governamentais carece de uma avaliação rigorosa da eficácia e impacto das CTs (Brasil, 2023). A falta de critérios claros e objetivos para essas parcerias

compromete a transparência e a eficácia das ações desenvolvidas. A metodologia das CTs, fortemente influenciada pelo modelo originário do grupo de Oxford, enfatiza a ética no trabalho, cuidado mútuo e valores como honestidade e altruísmo (De Leon, 2003). Embora esses princípios possam parecer benéficos, a rigidez das normas e a imposição de valores específicos podem não ser adequadas para todos os usuários, levando muitos a abandonarem o tratamento (Oliveira, 2009). Essa abordagem inflexível pode ser contraproducente e aumentar a taxa de desistência entre os pacientes.

As críticas direcionadas às CTs destacam a necessidade de uma revisão cuidadosa das políticas de financiamento, estas, que inicialmente surgiram como uma alternativa ao tratamento psiquiátrico manicomial, não conseguiram resolver a questão da exclusão social, já que as condições ideais criadas dentro dessas instituições não se sustentam no mundo real (Amarante, 1995). A prática de isolamento, uma das principais características das CTs, pode contribuir para a estigmatização dos usuários e não favorece a reintegração social (Goffman, 2008). Essas críticas apontam para a necessidade de desenvolver abordagens mais inclusivas e integrativas.

A política de financiamento público às CTs, considerada uma política com déficit de planejamento, é vista como uma forma de enclausuramento do problema das drogas, sem oferecer uma solução eficaz e sustentável (Pitta, 2011). A alocação contínua de recursos a essas entidades, sem uma avaliação crítica de sua efetividade, perpetua um modelo de tratamento que não atende às necessidades reais dos usuários (Brasil, 2021). Isso reforça a necessidade de uma revisão e reestruturação das políticas públicas de saúde mental e tratamento de dependências. As CTs, muitas vezes influenciadas por princípios religiosos e moralizantes, apresentam uma abordagem que pode ser inadequada para o tratamento de dependentes de drogas, que necessitam de um cuidado diversificado e baseado na liberdade e na preservação dos laços sociais e familiares (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

A crítica ao financiamento público das CTs destaca a necessidade de um debate democrático e aprofundado sobre o papel dessas instituições na política de cuidado e atenção a pessoas que fazem uso problemático de drogas no Brasil (Conectas Direitos Humanos, 2021). Esse debate é essencial para garantir que as políticas públicas sejam desenvolvidas com base em evidências e que atendam efetivamente às necessidades da população. O desafio é garantir que os recursos públicos sejam utilizados de maneira eficaz, promovendo políticas de saúde mental que realmente atendam às necessidades da população (Salvador, 2012). Para isso, é necessário um esforço conjunto de pesquisadores, profissionais de saúde, formuladores de políticas e a sociedade civil.

A abordagem predominantemente moral das CTs não se alinha com os princípios da reforma psiquiátrica, que busca uma rede diversificada e territorializada de serviços (Brasil, 2011). A integração de valores religiosos e morais no tratamento pode comprometer a objetividade e a universalidade do atendimento.

Recentemente, um caso significativo destacou as falhas no financiamento público de CTs no Brasil. O Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) decidiu manter a suspensão dos recursos públicos destinados à Organização da Sociedade Civil (OSC) Salve a Si, acusada de violar direitos humanos e desviar finalidades. A decisão unânime dos conselheiros, liderada pelo relator André Clemente, evidenciou irregularidades graves, como o desvio de imóveis e o uso indevido da mão de obra dos acolhidos, resultando em um prejuízo de aproximadamente R\$ 300 mil aos cofres públicos. A OSC foi obrigada a prestar contas detalhadas, enquanto um processo administrativo foi instaurado para avaliar possíveis sanções (Brasil de Fato, 2024).

Desde agosto de 2023, quando os repasses foram inicialmente suspensos, a Salve a Si passou por diversas inspeções do TCDF. Denúncias apontam que uma casa construída com a mão de obra dos acolhidos para tratamento foi utilizada como residência particular do presidente da OSC, com verbas públicas desviadas para despesas pessoais. Em sua defesa, a Salve a Si afirmou estar comprometida com a transparência e conformidade, mencionando a destituição de antigos gestores como uma medida corretiva (Brasil de Fato, 2024).

Especialistas criticam que as CTs, incluindo a Salve a Si, funcionam como instituições asilares, comparando-as a prisões e igrejas. Thessa Guimarães, presidente do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, destaca que essas práticas violam direitos humanos, defendendo uma abordagem de redução de danos e cuidado em liberdade. A crítica central é que o financiamento público das CTs desvia recursos que poderiam fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil de Fato, 2024).

Em 2023, o Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal aprovou um edital controverso para a contratação de CTs sem licitação, levantando suspeitas devido ao tempo insuficiente para análise e aos critérios subjetivos nas prestações de contas. A ação do governo distrital em financiar mais CTs com verbas públicas sem seguir o devido processo licitatório é amplamente criticada por descumprir regulamentos (Brasil de Fato, 2024).

Esses eventos reforçam a necessidade de maior fiscalização e transparência no financiamento das CTs. As denúncias contra a Salve a Si exemplificam problemas estruturais na gestão dessas instituições, evidenciando a urgência de um debate sobre o papel e a regulamentação das CTs no sistema de saúde pública (Brasil de Fato, 2024).

Em suma, a legalidade do financiamento público às CTs como política de saúde mental é uma questão complexa que envolve a transparência, a eficácia e a justiça na alocação de recursos públicos. A dependência das CTs em um modelo de isolamento e abstinência, muitas vezes associado a princípios religiosos, não oferece uma solução sustentável e inclusiva para o problema das drogas no Brasil (De Leon, 2003; Oliveira, 2009; Amarante, 1995). Essa abordagem precisa ser revisada e substituída por políticas baseadas em evidências científicas e que promovam a reintegração social e a recuperação dos usuários.

A decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), sob relatoria do Ministro Ricardo Lewandowski, ressalta a necessidade de intervenção do Judiciário para assegurar a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde dos portadores de transtornos mentais, conforme garantido pela Constituição Federal e pela Lei 10.216/2001. O acórdão destaca que a insuficiência orçamentária, frequentemente alegada pelos estados, não pode ser usada como desculpa, uma vez que a União comprovou o repasse dos recursos necessários. Este ponto sublinha a responsabilidade compartilhada entre os diferentes entes federativos no cumprimento das políticas públicas de saúde mental:

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE – PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS – DESATENDIMENTO DOS COMANDOS CONSTITUCIONAIS QUE TRATAM DIRETAMENTE DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA – DESCUMPRIMENTO DE ENCARGO POLÍTICO-JURÍDICO - COBRANÇA POR PARTE DA UNIÃO PARA QUE OS RÉUS CUMPRAM SUA PARCELA DE RESPONSABILIDADE NO ATENDIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS – NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO DO JUDICIÁRIO PARA A GARANTIA DO NÚCLEO ESSENCIAL DE DIREITOS DE PESSOAS VULNERÁVEIS – REPASSE DA UNIÃO COMPROVADO - ACERVO PROBATÓRIO EXAMINADO EM PROFUNDIDADE - PROCEDÊNCIA DO PEDIDO COM RATIFICAÇÃO DE LIMINAR ANTERIORMENTE CONCEDIDA – FIXAÇÃO DE PRAZO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS E MULTA EM PATAMAR RAZOÁVEL - AGRAVOS AOS QUAIS SE NEGA PROVIMENTO. I - O direito fundamental à saúde dos portadores de transtornos mentais encontra arrimo não somente nos arts. 5º, 6º, 196 e 197 da Carta da República, como também nos arts. 2º, § 1º, 6º, I, d, da Lei 8.080/1990, na Portaria 3.916/1998, do Ministério da Saúde, além dos artigos 2º, 3º e 12, da Lei 10.216/2001, que, conforme visto, redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. II – A linha de argumentação desenvolvida pelo Estado requerido quanto à insuficiência orçamentária é inconsistente, porquanto comprovado que os recursos existem e que foram repassados pela União, não se podendo opor escusas relacionadas com a deficiência de caixa. III – Comprovação nos autos de que não se assegurou o direito à saúde dos portadores de transtornos mentais no Estado do Pará, seja da perspectiva do fornecimento de medicamentos essenciais ao seu tratamento, seja no que diz respeito à estrutura física e organizacional necessárias à consecução dos objetivos previstos pelo legislador constitucional e também pelo ordinário ao editar a Lei 10.216/2001. IV - A hipótese dos autos não cuida de implementação direta de políticas públicas, mas sim de cobrança realizada diretamente pela União, com fundamento na competência constitucional concorrente, para que os requeridos cumpram a sua parcela de responsabilidade no atendimento da política nacional de

assistência aos pacientes com transtornos mentais. V - A omissão dos réus em oferecer condições de saúde digna aos portadores de transtornos mentais exigiu a intervenção do Judiciário, tal como solicitado pela União para que, pelo menos, o núcleo essencial da dignidade da pessoa humana lhes seja assegurada, não havendo margem para qualquer discricionariedade por parte das autoridades locais no tocante a esse tema, ainda mais quando demonstrados os repasses do executivo federal para a concessão desse mister. VI - Os usuários dos serviços de saúde, no caso, possuem direito de exigir de um, de alguns ou de todos os entes estatais o cumprimento da referida obrigação e, na hipótese, a União demonstrou que fez a sua parte, com o que se credenciou a cobrar dos requeridos a observância de suas obrigações. VII - Os argumentos lançados nos agravos não são inéditos e já foram devidamente sopesados. A própria dedução de pedido alternativo de simples dilação de prazo para o adimplemento das medidas impostas indica que o recurso apresentado não deve prosperar. Ademais, ficaram bem divisadas as esferas de responsabilidade da União e da parte ré no atendimento aos portadores de transtornos mentais. Análise exaustiva do acervo probatório, tanto da perspectiva da falta de medicamentos, quanto no que se refere à instalações físicas, passando, ainda, pela reiteração de comportamento omisso por parte dos réus em oferecer condições de saúde digna aos portadores de transtornos mentais. VIII - Assim, contrariamente ao sustentado pelas agravantes, in casu, o Judiciário está plenamente legitimado a agir, sobretudo em benefício dos portadores de transtornos mentais, pessoas vulneráveis que necessitam do amparo do Estado. Prazo razoável fixado para a adoção de medidas de extrema importância para o atendimento dos portadores de deficiência mental e a multa bem aplicada em patamar proporcional para estimular o cumprimento da obrigação, sem prejudicar a prestação pela parte ré de outras políticas públicas. IX - Agravos regimentais a que se nega provimento.

O tribunal também reforça que a intervenção judicial não visa a implementação direta de políticas públicas, mas sim a cobrança do cumprimento das responsabilidades dos estados. Isso é fundamental para garantir que os direitos fundamentais dos indivíduos sejam respeitados, especialmente aqueles em situações de vulnerabilidade. A decisão serve como um importante precedente para casos futuros, onde a omissão dos estados no atendimento aos portadores de transtornos mentais possa ser questionada judicialmente.

Adicionalmente, o acórdão reconhece a legitimidade do Judiciário em agir para proteger os direitos dos portadores de transtornos mentais, enfatizando que essas pessoas têm o direito de exigir o cumprimento das obrigações dos entes estatais. A falta de medicamentos e a inadequação das instalações físicas foram citadas como provas da omissão dos estados, reiterando a necessidade de um ambiente adequado para a recuperação dos pacientes.

Por fim, a fixação de um prazo razoável para a adoção das medidas necessárias e a imposição de uma multa proporcional visam incentivar o cumprimento das obrigações pelos estados, sem comprometer a execução de outras políticas públicas. Esta decisão demonstra a importância de uma fiscalização rigorosa e contínua para assegurar que os recursos públicos sejam utilizados de maneira eficaz e em conformidade com as necessidades reais da população, promovendo uma política de saúde mental mais justa e inclusiva.

Ante ao exposto, torna-se evidente que um grande número de CTs no Brasil não está

alinhado às fundações conceituais e práticas legítimas de comunidades terapêuticas. A discrepância entre as condições reais e as ideais levanta a questão da regulamentação e da fiscalização adequadas, que devem ser rigorosamente aplicadas para garantir que o tratamento de dependência química seja conduzido com seriedade, eficácia e, acima de tudo, respeito à pessoa humana. A distância entre o que é praticado e o que é preconizado pela FEBRACT e pela legislação brasileira sublinha a necessidade urgente de aprimorar os processos de controle e supervisão dessas entidades (Perrone, 2014).

3.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS

As comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil emergiram como uma resposta às necessidades de tratamento de indivíduos com problemas de dependência de substâncias psicoativas, mas rapidamente se tornaram alvo de críticas devido às suas práticas que frequentemente violam direitos humanos. Estas instituições, marcadas por uma abordagem proibicionista e moralizante, operam sob um modelo de isolamento, disciplina rígida e laborterapia, que têm gerado controvérsia (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

A pesquisa qualitativa conduzida por Barcelos et al. (2021) adotou uma abordagem centrada nas experiências dos egressos dessas instituições. Foram realizadas entrevistas individuais com 10 homens, todos maiores de 18 anos, egressos da maior rede de CTs do país (Galindo et al., 2017). As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). A pesquisa, registrada sob o número 86616218.4.0000.5065 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, garantiu o anonimato dos participantes, identificados pela letra 'E'.

Os dados revelam que as CTs operam sob uma lógica de exclusão social similar aos antigos manicômios, isolando indivíduos considerados perigosos (Fossi e Guareschi, 2017). Os relatos dos entrevistados destacam sentimentos de confinamento, estresse emocional e saudade da família devido às restrições de contato e comunicação. Essas práticas são justificadas como necessárias para romper o vínculo dos internos com as substâncias, mas acabam violando direitos fundamentais.

A disciplina é mantida através de regras rígidas e punições. Internos são obrigados a aderir a rotinas estritas, com pouca autonomia (Goffman, 2008). A imposição de tarefas e a ameaça de expulsão garantem conformidade, criando um ambiente de controle total (E4, E7).

Este controle rigoroso e a falta de liberdade são características de instituições totais, onde os internos são forçados a adotar uma nova identidade imposta pela instituição.

A laborterapia, ou trabalho forçado, é uma prática central nas CTs, usada muitas vezes como forma de punição e exploração. Internos realizam atividades sem remuneração, em condições precárias, o que é comparado a práticas de trabalho análogo à escravidão (CFP, 2018; Bolonheis-Ramos e Boarini, 2015). Esse trabalho não oferece benefícios reais em termos de reinserção social ou desenvolvimento pessoal, servindo apenas aos interesses dos dirigentes das instituições.

Ante ao exposto, vale destacar uma decisão proferida pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJ-MG), que reconheceu a configuração de dano moral coletivo em razão das práticas abusivas e violações de direitos fundamentais dos internos de uma comunidade terapêutica (TJ-MG - AC: 10000211489075001 MG):

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - COMUNIDADE TERAPÉUTICA - VIOLAÇÃO A DIREITOS FUNDAMENTAIS DOS SEUS INTERNOS - DANO MORAL COLETIVO CONFIGURADO

1. O dano moral coletivo constitui categoria autônoma de dano que se relaciona com a integridade psicofísica da coletividade, resultando de um conceito de dano mais amplo, que não se restringe apenas à dor psíquica (REsp 1.397.870/MG, Segunda Turma, DJe 10/12/2014). 2. O dano moral coletivo busca sancionar o ofensor, inibir condutas ofensivas semelhantes e, além disso, proporcionar uma reparação indireta à coletividade, diante da intolerável lesão a um direito extrapatrimonial. 3. "A condenação em reparar o dano moral coletivo visa punir e inibir a injusta lesão da esfera moral de uma coletividade, preservando, em ultima ratio, seus valores primordiais" (REsp 1303014/RS), sendo que "o dano moral coletivo é aferível in re ipsa, ou seja, sua configuração decorre da mera constatação da prática de conduta ilícita" (REsp 1517973/PE). 4. Considerando que, durante o funcionamento da comunidade terapêutica, diversos direitos fundamentais dos seus internos foram violados, configurando nítida agressão aos valores éticos e fundamentais da sociedade, suficiente para provocar repulsa e indignação coletiva, fica evidente o dano moral coletivo (TJ-MG - AC: 10000211489075001 MG, Relator: Carlos Roberto de Faria, Data de Julgamento: 10/03/2022, Câmaras Cíveis / 8ª Câmara Cível, Data de Publicação: 18/03/2022).

A decisão enfatiza que o dano moral coletivo ultrapassa a esfera individual, atingindo a integridade psicofísica da coletividade, resultando em uma ofensa significativa aos valores éticos e morais da sociedade. A condenação visa não apenas punir a conduta ilícita, mas também inibir futuras práticas semelhantes, garantindo uma reparação indireta à coletividade.

A configuração do dano moral coletivo é *in re ipsa*, ou seja, decorre da simples constatação das práticas abusivas e ilícitas por parte da comunidade terapêutica, sem a necessidade de comprovação de sofrimento individualizado. A decisão destaca que as violações cometidas pela instituição geraram repulsa e indignação na sociedade, justificando a condenação pela agressão aos valores fundamentais. Essa abordagem reforça a importância de proteger os direitos humanos e a dignidade dos internos, posicionando-se contra as práticas repressivas e moralizantes dessas instituições.

A decisão do TJ-MG é coerente com as críticas à abordagem das comunidades terapêuticas, que frequentemente operam em desacordo com os princípios de saúde pública e direitos humanos. A imposição de práticas religiosas, trabalho forçado e isolamento são características que violam os direitos fundamentais dos internos, conforme identificado na pesquisa de Barcelos et al. (2021). A decisão judicial reflete a necessidade de uma revisão crítica das práticas dessas instituições, promovendo um modelo de cuidado mais inclusivo e respeitoso aos direitos humanos.

A espiritualidade e a religiosidade são componentes fundamentais nas CTs, com práticas religiosas frequentemente impostas aos internos (CFP, 2018; Medeiros, 2014). A conversão religiosa é vista como essencial para a cura, mas também serve como meio de controle e subordinação (E5, E10). Essa imposição desrespeita a pluralidade de crenças e a liberdade religiosa dos indivíduos, reforçando um modelo de tratamento moralizante.

Os impactos negativos do isolamento nas CTs vão além das relações sociais, afetando as vidas profissionais e educacionais dos internos. Muitos relataram perdas significativas em suas carreiras e relacionamentos pessoais, sentindo que o tempo passado nas CTs foi suprimido de suas vidas (E3). As privações e o isolamento são formas de mortificação do "eu" (Goffman, 2008).

A abordagem moralizante e disciplinar das CTs contrasta com os princípios da saúde pública e da atenção psicossocial, que buscam um cuidado mais humanizado e baseado no respeito aos direitos dos usuários (Brasil, 2003; Amarante, 2011). A ênfase na abstinência total e na correção de comportamentos desviantes através do trabalho e da religiosidade reforça estígmas e preconceitos, impedindo um cuidado mais inclusivo e eficaz (Shimoguiri e Costa-Rosa, 2017).

Estudos mostram que o modelo de intervenção das CTs, que combina laborterapia com espiritualidade, não promove uma reinserção social efetiva. Pelo contrário, limita as possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional dos internos (Bolonheis-Ramos e Boarini, 2015). A falta de uma abordagem multidisciplinar e o uso do trabalho como forma de

disciplina reforçam a marginalização dos indivíduos (CFP, 2018).

A relação entre a política de drogas e as CTs evidencia uma lógica de financiamento que privilegia a repressão e o confinamento em detrimento de abordagens de redução de danos e cuidado em rede. Essa orientação contraria os princípios da Reforma Psiquiátrica, que visam um tratamento mais inclusivo e baseado no respeito aos direitos humanos (Amarante, 2011).

O modelo de intervenção das CTs, centrado na abstinência total, laborterapia e espiritualidade, é amplamente criticado por não atender às necessidades individuais dos usuários. Em vez de promover a reinserção social e a autonomia, essas práticas reforçam a dependência dos internos em relação à instituição e perpetuam um ciclo de exclusão social (CFP, 2018).

As CTs representam um modelo de tratamento que privilegia a moralização e a disciplina em detrimento de abordagens mais humanizadas e inclusivas. As violações de direitos humanos documentadas nessas instituições ressaltam a necessidade de uma revisão crítica e de maior fiscalização por parte das autoridades competentes (CFP, 2018; Ipea, 2017).

A transferência de responsabilidade das CTs para o Ministério da Cidadania, conforme o Decreto nº 9.761/2019, revela uma tentativa de legitimar um modelo de intervenção que contraria os princípios da saúde pública e da atenção psicossocial (Brasil, 2019). Essa mudança de enfoque dificulta o controle social e a fiscalização das práticas adotadas nessas instituições.

As CTs são criticadas por não proporcionar um ambiente de cuidado ético e inclusivo. A imposição de trabalho forçado, a privação de liberdade e a imposição de práticas religiosas são características que violam os direitos humanos e contrariam os princípios da atenção psicossocial (CFP, 2018; Barcelos et al., 2021).

A abordagem moralizante e disciplinar das CTs contribui para a perpetuação de estigmas e preconceitos em relação aos usuários de drogas. Esse modelo de intervenção, baseado na exclusão social e na correção de comportamentos desviantes, impede um cuidado mais inclusivo e eficaz. A crítica ao modelo de intervenção das CTs é fundamentada na necessidade de um cuidado mais humanizado e baseado no respeito aos direitos dos usuários. A ênfase na abstinência total e na correção moral, combinada com a exploração do trabalho dos internos, evidencia um modelo de tratamento que pouco contribui para a reintegração social e a autonomia dos indivíduos (CFP, 2018; Bolonheis-Ramos e Boarini, 2015).

O modelo de intervenção das CTs, com seu enfoque na abstinência total, na laborterapia e na espiritualidade, é amplamente criticado por não atender às necessidades

individuais dos usuários. Em vez de promover a reinserção social e a autonomia, essas práticas reforçam a dependência dos internos em relação à instituição e perpetuam um ciclo de exclusão social (CFP, 2018).

Além disso, a pesquisa de Barcelos et al. (2021) destacou a influência significativa das práticas religiosas nas CTs, que muitas vezes são impostas aos internos como parte do tratamento. Essa imposição de uma única visão religiosa, geralmente de base cristã, viola a liberdade de crença dos internos e desrespeita a diversidade religiosa (Medeiros, 2014). O uso da espiritualidade como ferramenta de controle e subordinação é uma prática que reflete a visão moralizante e disciplinar das CTs.

Dados do Ministério do Desenvolvimento Social indicam que cerca de 84% das comunidades terapêuticas contratadas pelo governo federal possuem vínculos com igrejas evangélicas. Esse cenário ressalta a importância da espiritualidade como uma ferramenta de apoio no processo de recuperação de dependentes de álcool e outras drogas. Muitas dessas instituições adotam princípios religiosos e práticas espirituais que podem contribuir para a promoção de vínculos sociais, a construção de uma rede de suporte emocional e o fortalecimento de valores que auxiliam no enfrentamento das dificuldades inerentes ao tratamento. Assim, a fé e a espiritualidade atuam como potenciais fatores de proteção, conferindo sentido, motivação e resiliência aos acolhidos, desde que aplicadas de maneira inclusiva, respeitando a diversidade de crenças e a autonomia individual (Amado, 2024).

O confinamento prolongado nas CTs também tem impactos negativos significativos na saúde mental dos internos. Relatos de estresse emocional e psicológico são comuns, e muitos internos mencionaram o impacto negativo do isolamento na sua saúde mental e bem-estar geral (E3, E5, E7). As restrições severas ao contato com o mundo exterior e a família exacerbam esses efeitos, criando um ambiente de confinamento similar ao das prisões (Fossi e Guareschi, 2017).

As políticas de financiamento das CTs também são objeto de crítica, pois favorecem modelos de tratamento moralizantes e disciplinadores em detrimento de abordagens mais inclusivas e humanizadas. O financiamento público destinado às CTs muitas vezes excede o destinado a outras formas de cuidado em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que promovem um modelo de cuidado baseado na redução de danos e na inclusão social (Prudencio; Senna, 2022).

A pesquisa de Barcelos et al. (2021) revelou ainda que a imposição de trabalho forçado, sob o disfarce de laborterapia, é uma prática comum nas CTs. Esse trabalho, realizado em condições muitas vezes precárias e sem remuneração, serve principalmente aos

interesses econômicos das instituições e não contribui para a reinserção social dos internos (Bolonheis-Ramos e Boarini, 2015). A utilização de trabalho forçado como forma de disciplina e controle é uma prática que viola os direitos trabalhistas e humanos dos internos (CFP, 2018).

A abordagem das CTs, centrada na correção moral e na disciplina rígida, contrasta com os princípios da atenção psicossocial, que visam promover a inclusão e o respeito aos direitos dos usuários (Brasil, 2003). A ênfase na abstinência total e na correção de comportamentos desviantes reforça estigmas e preconceitos, dificultando a reintegração social e a recuperação dos indivíduos (Shimoguiri e Costa-Rosa, 2017).

As críticas ao modelo de intervenção das CTs ressaltam a necessidade de uma revisão crítica das políticas de financiamento e das práticas adotadas nessas instituições. É essencial promover um modelo de cuidado que respeite os direitos humanos e que seja baseado na inclusão social e na redução de danos (CFP, 2018; Barcelos et al., 2021). A imposição de práticas religiosas, a utilização de trabalho forçado e o confinamento prolongado são práticas que devem ser reavaliadas à luz dos princípios da saúde pública e dos direitos humanos (Amarante, 2011).

A análise do Relatório de Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos (Conselho Federal de Psicologia et al., 2020) mostra que, embora os hospitais apresentem características estruturais e organizacionais distintas das CTs, ambas as instituições revelam práticas que configuram violações dos direitos humanos. No capítulo 4 do relatório, são relatadas diversas formas de violência, que vão desde agressões físicas e abuso sexual até práticas de contenção mecânica e imposição de medidas punitivas, como revistas íntimas vexatórias e isolamento. Tais práticas refletem uma cultura institucional marcada pela falta de respeito à integridade física e à dignidade das pessoas internadas, sendo, assim, contraproducentes ao objetivo de reabilitação e inclusão social. Essa realidade contrasta fortemente com os princípios da atenção psicossocial, que priorizam o cuidado humanizado e o respeito aos direitos dos usuários.

O capítulo 5 evidencia, por sua vez, a exploração da mão de obra dos internos, um aspecto que remete à discussão sobre o trabalho decente. No contexto dos hospitais psiquiátricos, os relatos apontam para a realização de atividades laborais sem a devida remuneração ou controle de jornada, o que caracteriza uma forma velada de trabalho forçado. Essa exploração não apenas infringe os direitos trabalhistas dos pacientes, como também agrava o ciclo de exclusão social e contribui para a manutenção de práticas desumanizadoras no ambiente hospitalar (Conselho Federal de Psicologia et al., 2020).

Em síntese, o relatório analisado evidencia que tanto os hospitais psiquiátricos quanto os CTs adotam práticas que violam direitos fundamentais, embora se manifestem de maneiras distintas. Nas CTs, a imposição do trabalho forçado ocorre sob o pretexto de uma correção moral e reabilitação, enquanto nos hospitais essa exploração está associada à precariedade dos serviços, à insuficiência de pessoal e à substituição do trabalho especializado pelo esforço não remunerado dos internos. Essas constatações reforçam a necessidade de uma revisão crítica das políticas de financiamento e das práticas institucionais, com vistas à promoção de um modelo de cuidado que respeite os direitos humanos e contribua efetivamente para a reinserção social dos indivíduos (Conselho Federal de Psicologia et al., 2020)

Diante das severas críticas e das evidências de violações de direitos humanos, é imperativo que as comunidades terapêuticas sejam submetidas a uma revisão crítica e maior fiscalização. Políticas de financiamento que priorizem abordagens humanizadas e inclusivas, baseadas na redução de danos, são essenciais para assegurar o respeito aos direitos dos indivíduos em tratamento. A adoção de práticas que respeitem a diversidade religiosa, a liberdade individual e a dignidade humana é fundamental para transformar o modelo de cuidado nas CTs, promovendo uma reintegração social efetiva e ética.

3.3 A IMPORTÂNCIA E NECESSIDADE DO RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES (DHP)

O respeito aos direitos humanos dos pacientes (DHP) é essencial para garantir um tratamento digno e eficaz nas políticas de saúde mental. Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, princípio que deve guiar qualquer política de saúde. Esse princípio é fundamental para assegurar que as pessoas em tratamento sejam tratadas com respeito e dignidade, evitando qualquer forma de discriminação ou abuso (Tosi, 2004).

A proteção dos direitos humanos dos pacientes em tratamento de saúde mental é crucial para evitar abusos e garantir um ambiente terapêutico respeitoso e seguro. Estudos mostram que violações de direitos em ambientes de cuidado, como práticas coercitivas e internações involuntárias, podem agravar o sofrimento psíquico e dificultar a recuperação (Amaral, 1997). Essas práticas não apenas desrespeitam a dignidade dos pacientes, mas também comprometem a eficácia do tratamento e a reabilitação (Hirdes, 2009).

A adoção de políticas de saúde mental que respeitem os direitos humanos dos

pacientes promove a sua autonomia e participação ativa no processo terapêutico. A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil, estabelece que o tratamento deve ser preferencialmente realizado em serviços comunitários de saúde, evitando a institucionalização e promovendo a reintegração social (Brasil, 2001). Esta legislação é um marco na promoção dos direitos humanos dos pacientes, garantindo que eles sejam tratados como cidadãos com direitos plenos (Feuerwerker et al., 2014).

Além disso, o respeito aos DHP implica garantir que os pacientes tenham acesso a informações claras sobre seu diagnóstico e tratamento, permitindo-lhes tomar decisões informadas sobre sua saúde. A comunicação transparente é fundamental para construir uma relação de confiança entre pacientes e profissionais de saúde (Feuerwerker et al., 2014). A transparência no tratamento promove um ambiente de cooperação e empoderamento dos pacientes, contribuindo para melhores resultados terapêuticos (Costa et al., 2012).

A participação da família e da comunidade no processo terapêutico também é uma dimensão importante do respeito aos direitos humanos dos pacientes. Envolver esses grupos no cuidado contribui para uma rede de apoio mais sólida e facilita a reinserção social dos indivíduos em tratamento (Hirdes, 2009). A inclusão da família e da comunidade ajuda a criar um ambiente de suporte que é essencial para a recuperação e reabilitação dos pacientes, fortalecendo os laços sociais e promovendo a cidadania (Dimenstein et al., 2010).

A abordagem centrada nos direitos humanos favorece a criação de ambientes terapêuticos mais humanizados e acolhedores, onde os pacientes se sentem valorizados e respeitados. Isso pode resultar em melhores desfechos terapêuticos e maior adesão ao tratamento (Costa et al., 2012). Um ambiente que valoriza os direitos humanos contribui para a recuperação integral do paciente, abordando não apenas os sintomas, mas também os aspectos sociais e emocionais de sua condição.

O respeito aos direitos humanos dos pacientes também envolve a capacitação contínua dos profissionais de saúde mental. É necessário que esses profissionais estejam bem informados sobre os princípios dos direitos humanos e sejam capazes de aplicá-los em sua prática diária (Azevedo, 2012). A formação adequada dos profissionais é essencial para garantir que eles possam oferecer um cuidado de qualidade, respeitando a dignidade e os direitos dos pacientes (Feuerwerker et al., 2014).

As políticas públicas de saúde mental devem priorizar a criação e manutenção de serviços que operem sob os princípios dos direitos humanos. Isso inclui evitar a prática de tratamentos desumanos e degradantes, como o uso excessivo de contenções físicas e

químicas, e garantir que os pacientes tenham acesso a recursos adequados para sua reabilitação (Delgado, 2019). A implementação de políticas que respeitem os direitos humanos dos pacientes é fundamental para construir um sistema de saúde mental justo e eficaz (Tosi, 2004).

É fundamental que haja mecanismos de monitoramento e avaliação contínuos para assegurar que os serviços de saúde mental estejam cumprindo com os padrões de direitos humanos. A implementação de programas de qualidade, como o QualityRights da Organização Mundial da Saúde, pode ser uma ferramenta eficaz nesse processo (OMS, 2012). A avaliação contínua dos serviços de saúde mental ajuda a identificar e corrigir práticas abusivas, garantindo que os pacientes recebam um tratamento adequado e respeitoso (Brasil, 2001).

O respeito aos direitos humanos dos pacientes em comunidades terapêuticas é especialmente relevante, dado o histórico de abusos em algumas dessas instituições. A garantia de que esses ambientes respeitem a dignidade e os direitos dos pacientes é essencial para evitar a repetição de práticas abusivas. As comunidades terapêuticas devem ser espaços de acolhimento e cuidado, onde os pacientes possam se recuperar em um ambiente seguro e respeitoso (Delgado, 2019).

A legalidade e a ética no tratamento de saúde mental são indissociáveis do respeito aos direitos humanos. Políticas que priorizam a dignidade dos pacientes contribuem para um sistema de saúde mental mais justo e equitativo, onde todos têm a oportunidade de receber cuidado de qualidade (Pitta, 2015). A promoção dos direitos humanos dos pacientes é uma responsabilidade ética e legal que deve ser cumprida por todas as instituições de saúde mental (Costa et al., 2012).

O investimento público em saúde mental deve ser direcionado para serviços que comprovadamente respeitam e promovem os direitos humanos dos pacientes. Isso não apenas melhora a qualidade do tratamento, mas também fortalece a confiança da população no sistema de saúde (Saraceno, 2001). A alocação de recursos para serviços de saúde mental que respeitem os direitos humanos é fundamental para garantir que todos os pacientes recebam um tratamento digno e eficaz (Dimenstein et al., 2010).

Finalmente, a promoção dos direitos humanos dos pacientes em saúde mental é um compromisso ético e moral que reflete os valores de uma sociedade que preza pela justiça e pela dignidade humana. A luta pela implementação e manutenção desses direitos é contínua e deve ser uma prioridade em qualquer política de saúde mental. O respeito aos direitos humanos dos pacientes é essencial para construir um sistema de saúde mental que seja

verdadeiramente inclusivo e eficaz (Amaral, 1997).

A Câmara dos Deputados está em processo de análise do Projeto de Lei 6227/23, proposto pela deputada Tabata Amaral, que visa criar mecanismos para combater práticas abusivas nas comunidades terapêuticas. Este projeto destaca a necessidade de protocolos específicos para atender denúncias de abusos e garantir a responsabilização dos envolvidos em casos de violência (Câmara dos Deputados, 2024). A criação de mecanismos de controle e fiscalização é fundamental para garantir que as comunidades terapêuticas operem de acordo com os princípios dos direitos humanos (Brasil, 2001).

Além disso, a ONU cobrou maior respeito aos direitos humanos dos dependentes químicos no Brasil, enfatizando a importância de políticas que garantam o tratamento humanizado e o respeito à dignidade desses indivíduos. A ONU destacou que o tratamento desumano e degradante em comunidades terapêuticas viola os direitos fundamentais e compromete a recuperação dos pacientes (ONU, 2021). A pressão internacional é um incentivo importante para que o Brasil melhore suas políticas de saúde mental e assegure o respeito aos direitos humanos (Tosi, 2004).

A promoção e proteção dos direitos humanos dos pacientes em saúde mental refletem os valores de uma sociedade justa e digna. Investir em serviços de saúde mental que respeitem esses direitos fortalece a confiança da população no sistema de saúde e garante tratamentos mais eficazes e humanizados. A criação de mecanismos de controle e fiscalização, como o projeto de lei em análise pela Câmara dos Deputados, é crucial para assegurar que as comunidades terapêuticas operem de acordo com os princípios éticos e legais, contribuindo para um sistema de saúde mental inclusivo e respeitoso. A luta contínua pela implementação desses direitos é um compromisso essencial para a construção de um sistema de saúde mental justo e eficaz.

CONCLUSÃO

O presente estudo analisou a legalidade do investimento público em Comunidades Terapêuticas (CTs) como política de saúde mental no Brasil, destacando os desafios e contradições dessa prática em relação aos princípios estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica. Esta conclusão sintetiza os principais achados e propõe direções para políticas mais eficazes e justas.

O estudo explorou a base jurídica do direito à saúde mental no Brasil, destacando sua consolidação como um direito fundamental pela Constituição Federal de 1988, neste contexto, o estudo enfatizou a importância do princípio da dignidade da pessoa humana como pilar para a proteção jurídica de condições mínimas de existência, abrangendo o direito à saúde, inclusive mental. O financiamento público em saúde mental, entretanto, enfrenta desafios complexos, com debates sobre o uso de recursos para instituições que muitas vezes não seguem os princípios estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica. Essa questão levanta reflexões sobre a eficácia do modelo de atendimento adotado por comunidades terapêuticas e sua conformidade com os valores constitucionais.

Além disso, o capítulo ressaltou a necessidade de um sistema de saúde mental mais integrado e humanizado, conforme previsto pela Lei nº 10.216/2001, marco da Reforma Psiquiátrica. A análise evidenciou que o direito à saúde, embora ancorado em normas constitucionais, ainda enfrenta dificuldades na sua efetiva implementação devido à falta de uniformidade nos serviços prestados e à alocação desigual de recursos. Esse cenário reforça a importância de políticas públicas que priorizem a desinstitucionalização e a inclusão social dos pacientes, promovendo um modelo de cuidado que respeite a autonomia e a dignidade humana.

É essencial reconhecer que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidada pela Lei nº 10.216/2001, visa a desinstitucionalização e a reintegração social das pessoas com transtornos mentais. Este marco legal promove um tratamento humanizado e comunitário, em oposição às práticas isolacionistas e punitivas das CTs, que muitas vezes se afastam dos objetivos da reforma e adotam abordagens moralizantes e disciplinadoras.

O estudo revelou que muitas CTs operam sem a devida regulamentação e supervisão, resultando na perpetuação de práticas abusivas e em frequentes violações de direitos humanos. Entre as práticas relatadas estão a internação forçada, a administração arbitrária de medicamentos, a restrição de contato com familiares e a imposição de práticas religiosas. Tais ações contrariam os princípios de autonomia e dignidade dos pacientes estabelecidos pela

legislação brasileira.

O financiamento público destinado às CTs enfrenta críticas severas devido à falta de fiscalização adequada, permitindo desvios e irregularidades que comprometem a qualidade do atendimento. Este financiamento, muitas vezes, supera o destinado a outras formas de cuidado em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que promovem um modelo de cuidado baseado na redução de danos e na inclusão social. Em 2018, o Poder Executivo destinou 87 milhões de reais para apoiar as CTs, evidenciando a priorização dessas instituições sobre outras formas de tratamento (Ministério da Justiça, 2018).

A análise comparativa entre a redução de danos e a abstinência nas estratégias de recuperação evidenciou que a primeira se alinha mais aos princípios da saúde pública. A redução de danos valoriza a autonomia dos usuários e promove a inclusão social, mostrando-se mais eficaz e humana em comparação com a abstinência rígida imposta pelas CTs.

O estudo também apontou a necessidade de um alinhamento entre as práticas das CTs e os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Regulamentação rigorosa e fiscalização constante são fundamentais para assegurar que essas instituições operem de acordo com os princípios legais e éticos estabelecidos. Garantir que o financiamento público seja utilizado de maneira justa e eficiente é crucial para construir um sistema de saúde mental mais justo e humano.

A capacitação contínua dos profissionais que atuam nas CTs é igualmente importante. Assegurar que esses profissionais estejam preparados para oferecer um atendimento de qualidade e respeitoso é essencial para implementar práticas terapêuticas baseadas em evidências científicas e na proteção dos direitos humanos.

A pesquisa reforçou a importância de uma abordagem inclusiva e humanizada no tratamento das dependências químicas e outros transtornos mentais. Políticas públicas devem considerar as complexidades e necessidades individuais dos pacientes, promovendo a integração social e a autonomia. A adoção de práticas que respeitem a diversidade religiosa, a liberdade individual e a dignidade humana é fundamental para transformar o modelo de cuidado nas CTs.

A urgência de uma revisão crítica das políticas de financiamento público para as CTs é evidente. É imperativo garantir que os recursos sejam aplicados de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e que as práticas das CTs respeitem a dignidade e os direitos dos pacientes. Assim, será possível construir um sistema de saúde mental mais justo, eficiente e humanizado, promovendo um tratamento digno e inclusivo para todos.

A monografia trouxe contribuições importantes, fornecendo uma análise crítica sobre a aplicação das políticas de saúde mental no Brasil e apontando falhas e desvios na aplicação

dos recursos públicos. Foram sugeridas medidas para garantir que as políticas de saúde mental sejam mais eficazes e alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Finalmente, este estudo ofereceu subsídios para a elaboração de políticas públicas mais justas e eficientes. Contribuiu significativamente para o debate sobre saúde mental e direitos humanos, reforçando a importância de uma abordagem inclusiva e humanizada no tratamento das dependências químicas e outros transtornos mentais. O alinhamento entre práticas terapêuticas e os princípios da Reforma Psiquiátrica é essencial para garantir um tratamento digno e respeitoso para todos os pacientes.

Além disso, a monografia destacou que em 2017 o governo federal relatou a existência de aproximadamente 2.000 comunidades terapêuticas no Brasil, com cerca de 316 recebendo financiamento público. O Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura estima que esse número pode chegar a seis mil, com pouca fiscalização governamental sobre seu funcionamento. Estes dados indicam um cenário preocupante de falta de controle e supervisão adequada, permitindo a manutenção de práticas abusivas dentro dessas instituições.

É fundamental uma maior fiscalização e regulamentação das CTs para assegurar que os recursos públicos sejam aplicados de maneira justa e em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica. A promoção de políticas públicas que priorizem a redução de danos e a inclusão social é essencial para garantir um sistema de saúde mental que respeite a dignidade e os direitos dos pacientes, promovendo um tratamento verdadeiramente humano e eficaz.

É igualmente relevante reconhecer a necessidade de modelos híbridos que combinem aspectos da redução de danos com a abstinência, especialmente nos casos em que os usuários apresentam quadros de dependência mais severos. Em situações assim, a existência de um ambiente controlado para a interrupção do uso de substâncias pode se mostrar fundamental, pois oferece condições de segurança, acolhimento e suporte especializado, diminuindo riscos imediatos à saúde e garantindo maior estabilidade para o início do tratamento. Ainda assim, esse espaço protegido deve ser rigorosamente regulamentado, garantindo práticas terapêuticas baseadas em evidências e respeitando os direitos fundamentais dos pacientes, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, a adoção de um modelo misto, que integre a abordagem terapêutica das comunidades e o cuidado continuado na rede pública, pode otimizar resultados ao unir o melhor de cada estratégia. A fase inicial em ambiente controlado possibilita o controle dos riscos imediatos e a preparação para uma transição gradual, enquanto a manutenção do

tratamento na comunidade estimula a reinserção social, o fortalecimento de vínculos familiares e o acesso a serviços de saúde mental mais abrangentes. Essa articulação favorece uma resposta mais eficaz e humanizada às demandas dos pacientes, ao mesmo tempo em que atende aos princípios constitucionais de dignidade e respeito aos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

AIITH, Fernando Mussa AbuJamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. Volume 1. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2006.

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas**: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.11, p.2309-2319, 2009.

AMADO, Guilherme. **Igrejas detêm 84% das comunidades terapêuticas ligadas ao governo**. Metrópoles, 2023. Disponível em: <https://www.metropoles.com/colunas/guilherme-amado/igrejas-detem-84-das-comunidades-terapeuticas-ligadas-ao-governo>. Acesso em: 18 fev. 2025.

AMARAL, M. A. **Atenção à Saúde Mental na Rede Básica**: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 288-295, 1997.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico**: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/Ensp, 1995.

ANDRADE, T. M. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. **Práticas Intersetoriais nas Políticas Públicas de Promoção de Saúde**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BARCELOS, M. et al. **Experiências de egressos de comunidades terapêuticas**: uma análise qualitativa. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista de Direito Social*, v. 34. 2009.

BBC NEWS BRASIL. **Governo expôs dados pessoais de 1,3 mil adolescentes e outros 30 mil dependentes químicos por 3 anos**. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-48753048>. Acesso em: 7 jul. 2024.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social:** notas sobre o presente e o futuro. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). Política social: alternativas ao neoliberalismo. Brasília: UnB, Programa de pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, p. 161-180. 2004.

BIRMAN, J.; COSTA, J. **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1994.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C.; BOARINI, M. L. **Trabalho e laborterapia em comunidades terapêuticas:** uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 264-275, 2015.

BONADIMAN, Cecília Silva Costa. et al. **A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil:** Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, maio de 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 jul. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº 01, de 19 de agosto de 2015.** Dispõe sobre as Comunidades Terapêuticas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 ago. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 5 mai. 2024.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. **Transferência de responsabilidade das Comunidades Terapêuticas para o Ministério da Cidadania.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 22 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 04 mai. 2024.

BRASIL. **Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 2, 24 ago. 2006. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso em: 06 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Altera as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para aperfeiçoar a legislação sobre drogas e

definir novas atribuições ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l113840.htm. Acesso em: 11 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **Portaria MC nº 625, de 6 de abril de 2021.** Institui a Fiscalização Remota de Comunidades Terapêuticas no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. **Portaria nº 562, de 4 de outubro de 2019.** Institui o Plano de Fiscalização e Monitoramento das Comunidades Terapêuticas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 out. 2019.

BRASIL. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. **Portaria nº 563, de 4 de outubro de 2019.** Estabelece o cadastro de credenciamento das Comunidades Terapêuticas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 out. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Cível Originária n. 1472 AgR-segundo / PA.** Relator: Ricardo Lewandowski. Julgado em: 01 set. 2017. Publicado em: 18 set. 2017. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur373645/false>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Ação Civil Pública:** 10000211489075001. Relator: Carlos Roberto de Faria. Data de Julgamento: 10 mar. 2022. Câmaras Cíveis / 8^a Câmara Cível. Data de Publicação: 18 mar. 2022.

BRASIL. **Resolução CNAS/MDS nº 151, de 23 de abril de 2024.** Estabelece que as comunidades terapêuticas não são reconhecidas como entidades de assistência social. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 abr. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Especialistas em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/963381-especialistas-em-saude-defendem-fim-do-financiamento-publico-as-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 04 abr. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei 6227/23.** Cria mecanismos para combater práticas abusivas nas comunidades terapêuticas. Brasília, DF, 2024.

CAMPOS, F. E.; SIQUEIRA, S. B. **Redução de Danos e Políticas Públicas.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2003.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. **Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica.** Temas em Psicologia, v. 25, n. 2, p. 647-660, 2017.

CASTELO, Ricardo. **Supremacia rentista no Brasil neoliberal e a violência como potência econômica.** Universidade e Sociedade, Brasília (DF), ano 27, n. 60, p. 58-71, jul. 2017.

CERENE. Dados de acolhidos registrados em sistema interno próprio. Blumenau, SC, 2020. [não publicado]. IN: CRUZ AZUL NO BRASIL. **Ciência e Comunidades Terapêuticas.** [s.d.]. Disponível em: <https://www.cruzazul.org.br/ciencia-e-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

CÉZAR, E. N.; OLIVEIRA, S. L. **Redução de danos como prática na atenção ao usuário de drogas.** Psicol. Argum., v. 38, n. 99, p. 174-200, 2017.

CIDH. **Informe sobre o uso da prisão preventiva nas Américas.** OEA/Ser.L/V/II. Doc. 46/13, par. 213, 30 de dezembro de 2013.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Situação dos direitos humanos no Brasil.** Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 9. Washington, D.C.: Organização dos Estados Americanos, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.** 1. ed. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** São Paulo: Conectas Direitos Humanos; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2024.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICA DE DROGAS. **Informações fornecidas à CIDH no âmbito da reunião de trabalho da CIDH do 169º Período Ordinário de Sessões.** Celebrada em 7 de julho de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 2ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Comunidades Terapêuticas.** 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Comunidades Terapêuticas.** 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em**

comunidades terapêuticas. Brasília (DF): CFP; MNPCT; PFDC; MPF, 2018. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%A9uticas.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. 2. ed. Brasília: CFP, 2020. Impresso no Brasil, março de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Relatório de fiscalização serviço social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas no Brasil. Brasília (DF): CFESS, 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2024.

COSTA, A.; KURIMOTO, T. S.; SILVEIRA, M.; VIANNA, P. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, n. 2, 2012.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. Revista de Saúde Pública, v. 6, n. 1, 2013.

DE LEON, G. The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method. New York: Springer Publishing Company, 2003.

DE LEON, George. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003.

DELGADO, P. G. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, E.; SALES, A. L.; SEVERO, A. K. Estratégia da Atenção Psicossocial e Participação da Família no Cuidado em Saúde Mental. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 20, p. 131-145, 2010.

EMERICH, B. F.; CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Comunicação Saúde Educação 18(51), 2014.

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG. Pesquisa inédita mapeia entidades de apoio e acolhimento atuantes em álcool e drogas. 17 dez. 2024. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/pesquisa-inedita-mapeia-entidades-de-apoio-e-acolhimento-atuante-em-alcool-e-drogas/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

FERNANDES, Kézia et al. **Estigma e preconceito na percepção de pessoas com transtornos mentais.** Inova Saúde, v. 14, n. 4, p. 31-46, 2024.

FERREIRA, I. F. R. **Crack:** substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack. 2017. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H. M. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FOIRE, M. **Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público.** Campinas: Mercado de Letras, 2006.

FOSSI, F. B.; GUARESHI, A. B. **Comunidades Terapêuticas no Brasil:** Uma Análise Crítica. Psicologia: Teoria e Prática, v. 17, n. 1, p. 94-103, 2015.

FOSSI, L. B.; GUARESHI, N. M. F. **A lógica de exclusão social nas comunidades terapêuticas.** Psicologia & Sociedade, v. 29, p. e154421, 2017.

GALINDO, N. M. et al. **As comunidades terapêuticas e suas práticas:** entre o cuidado e a exclusão. Revista Polis e Psique, v. 7, n. 2, p. 19-38, 2017.

GALLASSI, A. D.; SANTOS, V. **A necessária e urgente mudança na abordagem das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas.** Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 22, p. 1-4, 2014.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOMES, Ronaldo Martins. **Comunidade terapêutica e (re)educação.** Segurança Urbana e Juventude, v. 3, n. 2, 2010.

GOMES, T. M. S. **Reflexões sobre o processo de implementação da política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil neoliberal.** In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. (org.). Serviço Social, saúde mental e drogas. Rio de Janeiro: Papel Social, 2017.

HERZLICH, C. **Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale.** In: AUGÉ, M.; HERZLICH, C. Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social. Paris: Archives Contemporaines, 1984.

HIRDES, A. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil:** uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). **Nota Técnica:** O financiamento das comunidades terapêuticas no Brasil. 2017. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/180301_notatecnicanu24.pdf. Acesso em: 19 jul. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICA DE DROGAS; MINISTÉRIO DE JUSTIÇA. **Perfil das Comunidades**

Terapêuticas no Brasil. 2017.

JUCÁ, V. J. S. **A multivocalidade da cura na saúde mental:** uma análise do discurso psiquiátrico. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 771-779, 2005.

KURLANDER, Pablo Andrés. **Fatores associados à recidiva e ao abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal de eficácia em duas comunidades terapêuticas.** 2019.

KRUGER, Tânia Regina; OLIVEIRA, Andreia. **Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS.** Revista Argumentum, v. 10, n. 1, 2018.

LIMA, D. A.; SEIDL, E. M. F. Redução de Danos: Teoria e Prática. São Paulo: Atheneu, 2017.

LOECK, Juliana Ferraz. **A Dependência química e seus cuidados:** antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRGS, Porto Alegre, 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira:** caminhos e desafios. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, P. 5-8, out de 2020.

MACIEL, Débora Alves. **Sentidos da judicialização da política:** duas análises. São Paulo: Lua Nova, 2002.

MALVEZZI, S. B.; NASCIMENTO, M. T. **Políticas Públicas de Redução de Danos.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2018.

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.

MEDEIROS, A. **Espiritualidade e tratamento de dependência química nas comunidades terapêuticas.** 1. ed. São Paulo: Paulus, 2014.

MINERBO, M., GALVANI, P. de Oliveira. **Instituto Therapon Adolescência:** tratamento institucional de transtornos emocionais graves. Estilos da Clínica, vol.7, nº. 12, São Paulo, 2002.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Portaria nº 562, de 19 de março de 2019.** Disponível em: https://www.mpg.br/portal/arquivos/2019/09/20/14_36_34_549_Portaria_nº_562_de_19_de_março_de_2019.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Comunidades Terapêuticas são tema de Conferência Latino-Americana.** 12 de julho de 2017.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Governo destina R\$ 87 milhões a comunidades terapêuticas.** 25 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12% no SUS.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/atendimento-a-pessoas-com-transtornos-mentais-por-uso-de-alcool-e-drogas-aumenta-11-no-sus>. Acesso em: 05 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3449_01_11_2018.html. Acesso em: 10 jul. 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Comunidades terapêuticas são inspecionadas em ação nacional realizada pelo MPF, MPT e MPs Estaduais.** 2024. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pfdc/noticias/comunidades-terapeuticas-sao-inspecionadas-em-acao-nacional-realizada-pelo-mpf-mpt-e-mps-estaduais-3>. Acesso em: 17 jan. 2025.

NADELMAN, E. et al. **Harmful reduction.** In: LOWINSON, J. H. Substance abuse – a comprehensive textbook. Baltimore: Williams e Wilkins, 1997.

NAPOLIÃO, P.; CASTRO, G. **Imposição da fé como política pública:** comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CESeC, 2022.

OLIVEIRA, Fabrício. **Economia e política das finanças públicas:** uma abordagem crítica da teoria convencional, à luz da economia brasileira. São Paulo: Hucitec, 2009.

OLIVEIRA, Vanessa de Moura Cantaruti. **A Historicidade da loucura e a luta antimanicomial e a desinstitucionalização no Brasil.** Research, Society and Development, v. 12, n. 1, 2023.

OMS. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental:** nova concepção, nova esperança. 1º ed. Lisboa, abril de 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;jsessionid=FFF32121B9E3D2A48C7A51D446952457?sequence=4. Acesso em: 8 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Paris, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **QualityRights:** ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e assistência social. Genebra, 2012.

PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva; ARAUJO, Giulia de Castro Lopes de; MOREIRA, Ana Luiza Almeida. **Comunidades Terapêuticas, drogas e a disputa do Fundo Público.** Argumentum, Vitória, v. 15, n. 3, p. 126-140, set./dez. 2023.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. **A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil:** mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 569-580, 2014.

PITTA, A. **Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil:** um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights. Saúde em Debate, Rio de

Janeiro, v. 39, n. 106, p. 73-82, 2015.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** Ciência e Saúde Coletiva, v.16, n.12, p.4579-4589, 2011.

PREFEITURA DE FORTALEZA. **Saúde Mental.** Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/saude-mental#:~:text=Fortaleza%20disp%C3%B5e%20de%20Centros,na%20%C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde%20mental>. Acesso em: 17 jan. 2025.

PRUDENCIO, J. D. L. **A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.** 2019. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

PRUDÊNCIO, J. D. L.; THEODORO, L. S.; BAQUEIRO, V. L. O. **Comunidades Terapêuticas: a construção de uma política manicomial e proibicionista.** Argumentum, Vitória, v. 15, n. 3, set./dez. 2023.

PRUDENCIO, J.; SENNA, A. **Políticas de drogas e comunidades terapêuticas: financiamento e impactos.** Revista de Políticas Públicas, v. 26, n. 3, p. 120-137, 2022.

RAMÔA, M. A., VARGAS, E. M., & COSTA, A. **O desafio da redução de danos e a política de saúde pública no Brasil.** Revista de Saúde Pública, 46(1), 154-162. 2012.

ROLIM, Marcos. **Notas Sobre a Aprovação da Lei e seu Contexto.** In: 25 anos da Lei de Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Organização: PAULON, Simone Mainieri; OLIVEIRA, Carmen Silveira de; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018.

ROSENBERG, C. **Pathologies of Progress: The idea of Civilization as Risk.** Bulletin of History of Medicine, n. 72, 1998.

SABINO, F. R.; CAZENAVE, F. C. **O Papel das Comunidades Terapêuticas no Tratamento da Dependência Química.** São Paulo: Loyola, 2005.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Políticas Sociais no Brasil.** Serviço Social em Revista, Londrina, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263>. Acesso em: 19 jul. 2024.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2020.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **Comunidades terapêuticas no Brasil:** contornos, funções e objetivos. Boletim de Análise Político-Institucional, Brasília, n. 6, 2014.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Psicologia. **Nota de Repúdio à Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que dispõe “Esclarecimentos sobre as mudanças na**

Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. Disponível em: <https://www.crpssp.org/noticia/view/2314/nota-de-repudio-a-nota-tecnica-n-112019-cgmaddapessasms-que-dispoe-esclarecimentos-sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas#text=O%20Conselho%20Regional%20de%20Psicologia,%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental>. Acesso em: 11 mai. 2024.

SARACENO, B. **Saúde Mental e Direitos Humanos.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1-6, 2001.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana na ordem constitucional brasileira:** conteúdo, trajetória e metodologia. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SHIMOGUIRI A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. **Do tratamento moral à atenção psicossocial:** a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. Interface (Botucatu). 21(63), p. 845, 2017.

SILVA, Tathiana Meyre da (org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas.** Rio de Janeiro: Papel Social, 2017.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do inconsciente.** Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das imagens.** São Paulo: Ática, 1992.

SILVEIRA, Nise da. **Casa das Palmeiras:** a emoção de lidar. Rio de Janeiro: Alhambra, 1986.

SILVEIRA, D. C. **A dependência química no Brasil: abordagem psicológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

SILVEIRA, E. D.; D'TÓLIS, S. **O SUS e a Redução de Danos.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2016.

SILVERMAN, K. et al. **A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse:** three-year abstinence outcomes. Experimental and Clinical Psychopharmacology, v. 10, n. 3, p. 228-240, 2002.

SMITH, L. A.; GATES, S.; FOXCROFT, D. **Therapeutic communities for substance related disorder.** Cochrane Database Syst Rev. v. 25, n. 1. 2006.

SMOLAREK, Adriano Alberto. **Reflexões sobre a relativização da soberania: as interseções de influência na dinâmica legislativa de aprovação da reforma psiquiátrica e a tramitação do caso Damião Ximenes Lopes perante o Estado brasileiro.** *Lex Humana*, v. 12, n. 2, p. 1-17, 2020. ISSN 2175-0947. Disponível em: <http://seer.ucp.br/seer/index.php/LexHumana/article/view/1870>. Acesso em: 7 mar. 2025.

TOLEDO, Lidiane; COUTINHO, Carolina; BASTOS, Francisco Inácio. **Panorama sobre a política de drogas e saúde mental no Brasil contemporâneo:** prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

TOSI, Giuseppe. (Org.) **Direitos humanos: história, teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2004.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report, 2019**. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2018/>. Acesso em: 05 jul. 2024.

VASCONCELOS, E.M. **Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários**. In AMARANTE, P. (org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com marxismo e serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro**. Ciência e Saúde Coletiva. 2002.

VIEIRA, P. J. **Interação Psiquiátrica: Constituição, Direito e Medicina - Teoria e Prática**. Curitiba: Juará, 2022.

VINADÉ, V. A. **A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil**. Psicol. Argum., v. 38, n. 99, p. 174-200, 2009.

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.