



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PPGPSI - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DISSERTAÇÃO**

**EXPANSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS NO BRASIL:  
PROTAGONISMO NA POLÍTICA DE GUERRA ÀS DROGAS,  
ANTAGONISMO À REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**JULIA XAVIER BIAGI PAULO**

Seropédica, RJ

2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI**

**EXPANSÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL:  
PROTAGONISMO NA POLÍTICA DE GUERRA ÀS DROGAS,  
ANTAGONISMO À REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**JULIA XAVIER BIAGI PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro como requisito à obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Deborah Uhr

Seropédica, RJ

Outubro de 2023

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P324e Paulo, Julia Xavier Biagi, 1989-  
Expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil:  
protagonismo na política de guerra às drogas,  
antagonismo à reforma psiquiátrica / Julia Xavier  
Biagi Paulo. - Seropédica, 2023.  
218 f.: il.

Orientadora: Deborah Uhr. Dissertação (Mestrado).  
-- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro,  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023.

1. atenção a usuários de álcool e outras drogas. 2.  
saúde mental. 3. comunidades terapêuticas. I. Uhr,  
Deborah , 1970-, orient. II Universidade Federal  
Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia III. Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento  
de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI**

**JULIA XAVIER BIAGI PAULO**

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia

**DISSERTAÇÃO APROVADA EM 30/10/2023**

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** DEBORAH UHR  
Data: 15/02/2024 21:24:05-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** MARISE DE LEAO RAMOA  
Data: 26/02/2024 10:13:23-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Marise Leão Ramoa, Dra. FIOCRUZ

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** JULIO CESAR DE OLIVEIRA NICODEMOS  
Data: 16/02/2024 21:50:11-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Julio César de Oliveira Nicodemos, Dr. Univassouras

À minha mãe, meu exemplo de força e persistência.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus por ter colocado pessoas maravilhosas na minha vida que sustentam meus sonhos junto comigo.

À minha mãe, por seus sacrifícios, incentivo e amor. Sem você nada disso seria possível.

À minha irmã e melhor amiga Bruna, por sua disponibilidade, seus sábios conselhos e por nunca me deixar desistir.

Ao meu marido Renato, por seu amor, paciência, cuidado e por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis. Você me faz mais forte!

Ao meu filho Gabriel, por seu carinho, compreensão e por ser uma fonte inesgotável de alegria.

Aos meus sogros Marcia e Zeca, pelo apoio e suporte em todos os momentos.

À Mayra, Tia Sueli e Alessandra, pelo apoio e disponibilidade

À Beta, David, Arthur e Philipe, por se fazerem presentes mesmo quando estamos distantes.

À minha orientadora Deborah pela paciência, disponibilidade e incentivo. Você foi muito mais que uma orientadora!

À Thaís, companheira de mestrado, pelas trocas, conversas e pela amizade.

À Universidade Rural, que mais uma vez me possibilitou espaço de crescimento e aprendizado.

À Marise e Julio, membros da banca, pelas importantes contribuições e por compartilharem seu conhecimento.

Aos professores que passaram pela minha vida, pois cada um deu um pedacinho de si para que eu estivesse aqui hoje.

Aos profissionais e usuários que passaram pelo Caps Ad Renascer enquanto estive lá. Foram anos de muito aprendizado profissional e pessoal.

A todos que de algum modo contribuíram em meu percurso até aqui!

*Tudo é dor  
E toda dor  
Vem do desejo de não sentirmos dor  
(Legião Urbana)*

## **RESUMO**

Paulo, Julia Xavier Biagi. **Expansão das comunidades terapêuticas no Brasil: protagonismo na política de guerra às drogas, antagonismo à reforma psiquiátrica.** 203p Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2023.

As Comunidades Terapêuticas (CTs) são definidas como instituições privadas que realizam acolhimento de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. O tratamento ofertado por essas instituições é baseado no modelo de internação, abstinência e na tríade disciplina-trabalho-espiritualidade e visa à adaptação moral dos sujeitos que se submetem a esse modelo de tratamento. Ainda que a atuação das comunidades terapêuticas esteja em desacordo com a política de atenção a usuários de álcool e drogas e com a política de saúde mental forjadas na reforma psiquiátrica, as referidas instituições foram inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) quando de sua criação, em 2011. Além disso, foi observado um processo de expansão e fortalecimento das CTs nos últimos anos, acompanhado da ampliação permanente e constante de seu financiamento. São pouco claras as justificativas para sua inserção na RAPS, e menos esclarecido o processo pelo qual sua expansão ocorre. Diante disso, essa pesquisa tem por objetivo descrever a inserção das CTs no Estado brasileiro. Por meio de uma revisão narrativa foi evidenciado que as CTs foram reconhecidas pelo Estado em 2001, e desde então passaram a ganhar espaço nas políticas de drogas. Em 2011, de forma contraditória, as CTs foram reconhecidas pelo Ministério da Saúde como dispositivo de caráter residencial transitório da Rede de Atenção Psicossocial, ainda que não compartilhassem a mesma lógica dos demais dispostos desta rede. A partir de 2016, em um contexto de retrocessos no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, essas instituições se tornaram protagonistas no campo das políticas de álcool e outras drogas, com capacidade para interferir nos rumos desta política. Foi ainda um período em que contou com um grande número de leis e medidas infralegais que garantem o repasse de expressivos recursos. Porém, os recursos federais destinados a essas instituições não obedecem a critérios comuns a outras políticas públicas ou parcerias com o governo. A sustentação das CTs nesses espaços ocorre devido a organização destas como um grupo de interesse que fez penetrar sua agenda no Estado via representação em instâncias do executivo e do legislativo federal e também do estabelecimento de alianças com esses dois domínios do Estado.

**Palavras-Chave:** atenção a usuários de álcool e outras drogas; saúde mental; comunidades terapêuticas

## **ABSTRACT**

Paulo, Julia Xavier Biagi. **Expansion of therapeutic communities in Brazil: protagonism in the war on drugs policy, antagonism to psychiatric reform.** 203p Dissertation (Master's in Psychology). Institute of Education, Postgraduate Program in Psychology at the Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2023.

Therapeutic Communities (TCs) are defined as private institutions that take in people who are harmfully using alcohol and other drugs. The treatment offered by these institutions is based on the model of hospitalization, abstinence and the discipline-work-spirituality triad, and is aimed at the moral adaptation of the subjects who undergo this treatment model. Although the work of the therapeutic communities is at odds with the policy of care for alcohol and drug users and the mental health policy forged in the psychiatric reform, these institutions were included in the Psychosocial Care Network (PCN) when it was created in 2011. There has also been a process of expansion and strengthening of TCs in recent years, accompanied by a permanent and constant increase in their funding. The justifications for their inclusion in the PCN are unclear, and the process by which their expansion occurs is less clear. In view of this, this research aims to describe the inclusion of TCs in the Brazilian state. A narrative review showed that TCs were recognized by the state in 2001 and that they have since gained ground in drug policy. In 2011, in a contradictory way, TCs were recognized by Ministry of Health as a transitional residential device within the Psychosocial Care Network, even though they did not share the same logic as the other provisions of this network. Since 2016, in a context of setbacks in the field of mental health, alcohol and other drugs, these institutions have become protagonists in the field of alcohol and other drug policies, with the capacity to interfere in the direction of this policy. It was also a period that saw a large number of laws and infra-legal measures guaranteeing the transfer of significant resources. However, the federal funds earmarked for these institutions do not follow the same criteria as other public policies or government partnerships. The support of TCs in these spaces is due to their organization as an interest group that has had its agenda penetrated by the state through representation in the executive and federal legislative branches and also through the establishment of alliances with these two areas of the state.

**Keywords:** care for users of alcohol and other drugs; mental health; therapeutic communities

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 – Prevalência de usuários de Drogas entre 12 a 65 anos, 2017	100
Gráfico 2 - Financiamento público das CTs, 2017-2020	157
Gráfico 3 - Gastos com CTs pelo FUNAD, 2010 a 2019	160
Gráfico 4 - CTs cadastradas no CNES, 2008 – 2023	162

## **Lista de Quadros**

Quadro 1 - Lista de drogas do Decreto-Lei nº 891 de 1938	45
Quadro 2 - Órgãos responsáveis pela Política de Drogas no Brasil, 1932 a 2023	52
Quadro 3 - Comparaçāo das Leis de 1971 e 1976	61
Quadro 4 - Legislação sobre as CTs, 2001 – 2023	133
Quadro 5 - Comparaçāo da oferta de vagas financiadas pela SENAD em CTs em relação ao potencial público-alvo, 2016	159

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Número de serviços de Saúde Mental em 2014	99
Tabela 2 - Número de CTs fundadas por período, 2017	116
Tabela 3 - Número de CTs por região, 2017	116
Tabela 4 - Número de CTs de acordo com o porte, 2017	117
Tabela 5 - Porcentagem de CTs de acordo com atividades oferecidas	122
Tabela 6 - Comparaçao da oferta de vagas financiadas pela SENAD em CTs em relação ao potencial público-alvo, 2016	156
Tabela 7 - Comparaçao da oferta de vagas financiadas pela SENAD em CTs em relação ao potencial público-alvo, 2021	164
Tabela 8 - Visitas realizadas por ano às CTs, 2013-2016	167

## **Lista de Figuras**

Figura 1: Uso medicinal da Cannabis no mundo, 2021	39
Figura 2 – Proibição à posse de substâncias, Brasil 1603	41
Figura 3 – Pastilhas de cocaína, Brasil 1900	42
Figura 4 – Elixir para tratamento de doenças do estômago, Brasil 1901	43
Figura 5 – Anúncio do lança perfume Vlan, Brasil 1929	44
Figura 6 - Evolução do número de hospitais psiquiátricos, Brasil 1941-1991	69
Figura 7 – Recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e a serviços extra hospitalares, Brasil 2002 a 2010.	75
Figura 8: Expansão dos Caps, 1998 a 2014	78
Figura 9- Gráfico de gastos em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em relação aos gastos do Fundo de Saúde com Ações e Serviços Público de Saúde - 2021	81
Figura 10 - Indicadores de isolamento social em CTs	113
Figura 11 - Folder curso oferecido pela Fenatis, s.d.	119
Figura 12 - Número de CTs por fonte de financiamento público, 2017	155
Figura 13 - Mapa interativo de CTs cadastradas na SENAPRED, 2022	165
Figura 14 - Articulação entre CTs e outros serviços, 2017	170

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2. O ESTATUTO DAS DROGAS .....</b>	<b>20</b>
2.1 A Drogen e seu uso na história .....	20
2.1.1. Drogen e suas definições .....	23
2.2. O debate internacional sobre drogas .....	29
2.2.1. Drogas lícitas x ilícitas .....	31
2.2.2. O Sistema Internacional de Controle de Drogas .....	33
2.3 Breve histórico da legislação brasileira sobre drogas .....	41
<b>3. A REFORMA PSQUIÁTRICA E ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL .....</b>	<b>56</b>
3.1 Primórdios da atenção em saúde mental no Brasil .....	56
3.1.1. O consumo de álcool e o movimento higienista .....	58
3.2. A medicalização do uso de drogas a partir da década de 1970 .....	61
3.2.2. Sobre a Reforma Psiquiátrica .....	66
3.2.3. A Lógica da Atenção Psicossocial .....	73
3.3. O cuidado a usuários de álcool e outras drogas no contexto da Reforma Psiquiátrica.....	87
3.3.1. A Redução de Danos .....	89
3.3.2. A Política Integral de atenção ao Usuário de Drogas e a Lei 11.343/2006 .....	92
<b>4. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: HISTÓRIA, PERFIL, REGULAMENTAÇÃO .....</b>	<b>106</b>
4.1. Do modelo psiquiátrico ao de tratamento da dependência química .....	106
4.2 As Comunidades Terapêuticas no Brasil .....	108
4.2.1 O desenvolvimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil, a formação profissional e o perfil dos usuários.....	115
4.2.2 Regulamentação das Comunidades Terapêuticas.....	123
<b>5. INSERÇÃO, EXPANSÃO E PROTAGONISMO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>	<b>140</b>
5.1 Do Crack para as Comunidades Terapêuticas: o que está fora do lugar?.....	140
5.2 Atuação Política das Comunidades Terapêuticas .....	148
5.3. Sobre vagas e financiamento das Comunidades Terapêuticas .....	153

5.4. Fiscalização .....	166
5.5. As Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial.....	168
5.6. As críticas às Comunidades Terapêuticas, os argumentos de seus defensores e a manutenção paradoxal do modelo .....	171
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>183</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>187</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

Desde a inauguração das primeiras Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil voltadas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas nos anos 1960, tem havido uma ampliação progressiva desse tipo de instituição. Se naquela época as CTs preenchiam parte da lacuna do Estado com relação ao atendimento a usuários de álcool e outras drogas, atualmente disputam espaço e financiamento com serviços públicos da saúde que atendem a essa questão.

As CTs são definidas como “entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário” (Brasil, 2018c, p.1). Elas têm se proliferado com protocolos e formas de trabalho próprias e por isso sabe-se cada vez menos sobre funcionamento desses estabelecimentos. Na maioria das vezes sua atuação é baseada na experiência pessoal de dirigentes e internos mais antigos, limitadas pela transmissão oral e pelo enrijecimento dos hábitos e das rotinas. De modo geral, trata-se de um grupo heterogêneo com poucas informações sistemáticas e gerais (Loeck, 2018; Natalino, 2018; Petuco, 2017).

A assistência oferecida pelas CTs é baseada na tríade *disciplina-trabalho-espiritualidade* e visa à adaptação moral daqueles que se submetem a esse modelo. Nesses estabelecimentos a abstinência é critério para inclusão de seus internos, método e objetivo do tratamento. Ainda que este tipo de atuação esteja em desacordo com a política de atenção a usuários de álcool e drogas e com a política de saúde mental forjadas na Reforma Psiquiátrica, as referidas instituições foram inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) quando de sua criação, em 2011 (Loeck, 2018; Natalino, 2018; Ramôa; Teixeira; Belmonte, 2019). A discussão sobre o paradoxo desta inserção tem perdurado no âmbito nacional e vem sendo intensificada à medida que são difundidas denúncias de violações de direito ocorrida nas CTs. Além disso, o apoio e os altos valores destinados a essas instituições têm sido alvo de críticas e muita preocupação.

Nos últimos anos atores ligados às CTs têm interferido de forma expressiva na produção de políticas públicas, influenciando de forma mais incisiva nas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas. Encontraram solo fértil para se expandirem, principalmente

durante o governo Bolsonaro, que fez das CTs seu eixo principal de política de cuidado em relação à questão das drogas. Nesse período, foram eleitas como dispositivo<sup>1</sup> prioritário da política de drogas, o que representa a retomada do modelo assistencial asilar que vai na direção oposta à política cimentada no cuidado em liberdade, na redução das desigualdades e no reconhecimento da diversidade enquanto potência para transformação. Isso representou uma inversão na centralidade das políticas sociais, dos serviços públicos para os privados (CONECTAS/CEBRAP, 2022; Guljor e Pinho, 2023; Pinho; Guljor; Olivett, 2023).

O processo de expansão e fortalecimento das CTs nos últimos anos pode ser observado a partir de três aspectos: a narrativa e as políticas públicas centradas no modelo CT; o avanço da regulamentação dessas instituições; a ampliação permanente e constante do financiamento. Porém, não foram encontrados trabalhos que justifiquem pela ótica do cuidado a manutenção ou a expansão das CTs. Ainda que exista um discurso sobre esse modelo defendido por pesquisadores articulados aos campos da psicologia, psiquiatria e ciências sociais, tratam-se muitas vezes de estudos de trabalhadores das CTs que se formam em programas de pós-graduação para produzir um discurso articulado ao da academia, em defesa dessas instituições. Além disso são escassos os estudos que versam sobre a eficácia e efetividade desse modelo, não havendo comprovação científica de sua efetividade.

Tendo em vista esses aspectos, chama atenção a capacidade de ampliação das CTs e a forma como se tornou um dispositivo central nas políticas de álcool e outras drogas. São pouco claras as justificativas para sua inserção na RAPS, e menos esclarecido o processo pelo qual sua expansão ocorre. Assim, questionamos: Como as CTs surgiram e se instauraram como política pública? Quais os efeitos produzidos pela inserção das CTs na RAPS? Embora diversos estudos versem sobre os retroprocessos nas políticas de saúde mental, com críticas ao modelo de CTs ou a seu financiamento, são raros os estudos que tratam dos mecanismos pelos quais as CTs se expandiram no Brasil. Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo descrever a infiltração das CTs no Estado brasileiro. Este estudo se mostra relevante por apontar o processo pelo qual essas instituições têm se

---

<sup>1</sup> Utilizamos o conceito de dispositivo de Foucault (1998) nesta pesquisa, o qual pode ser explicado como um conjunto heterogêneo de elementos (instituições, leis, medidas administrativas, organizações arquitetônicas, proposições e enunciados científicos, morais e filosóficas) que se organizam como uma rede que faz funcionar uma prática. Também pode ser lido como uma formação que tem como função a resposta a uma urgência. Em suma, um conjunto de disposições que se constituem em uma formação para dar conta de uma questão.

expandido e alcançado a centralidade nas políticas de drogas, podendo assim contribuir para a discussão sobre o campo das políticas de atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Para alcançar os objetivos elencados foi realizada uma pesquisa de método qual-quantitativo de modo concomitante. Sampieri, Collado e Lucio (2013) esclarecem que esse enfoque possibilita maior exploração e aproveitamento dos dados, dando-lhes maior solidez e rigor, e ainda proporciona maior compreensão dos problemas investigados. Para Galvão, Pluye e Ricarte (2018), a pesquisa mista viabiliza resultados de pesquisa mais relevantes e completos no que diz respeito a temas de estudo mais complexos.

Sem a pretensão de esgotar os temas abordados, mas de oferecer um conjunto amplo de informações, foi realizada uma revisão narrativa. Segundo Ribeiro (2014) e Rother (2007), esse método não estabelece critérios específicos ou sistemáticos para a escolha das fontes, coleta ou análise de dados. É apropriado para descrição, contextualização e atualização de dados. Para isso, foram analisados livros, artigos, teses, dissertações, relatórios e documentos legislativos e normativos. Muitas lacunas foram observadas no decorrer da investigação, e por isso foram de grande valia reportagens e matérias jornalísticas que davam conta de acontecimentos não relatados em textos acadêmicos, mas de importância para a contextualização de diversos aspectos desta pesquisa. Além disso, foi realizada uma análise descritiva dos dados quantitativos, que serviu ao propósito de demonstrar comparações, médias, porcentagens e identificar registros incorretos de dados. Também foram utilizados gráficos e tabelas com objetivo de apresentar alguns dados de modo mais claro e objetivo (Reis; Reis, 2002)

Ao considerar as diversas concepções em torno do tema das drogas e o modo como estas influenciam o cuidado a pessoas em uso prejudicial dessas substâncias, e as providências tomadas nesse campo, é relevante a explanação das formas como as drogas foram compreendidas ao longo do tempo e as construções em torno deste tema que culminaram nos modos de pensar as políticas sobre drogas atualmente. Importante salientar que nenhuma dessas concepções está dada e que elas foram construídas a partir de enfoques tão diversos como cultural, histórico, social, político, econômico, biológico e psicológico. Como lembra Montenegro (2018, p.266), “cada maneira de se referir às drogas informa uma perspectiva de trabalho e visão sobre o tema”. Esta pesquisa assume que nem todo uso de drogas pode ser considerado prejudicial, e que as drogas são efeito de um discurso, sendo seu significado relacional e não objetivo. Portanto, para se

compreender o uso de drogas se faz necessário compreender uma série de aspectos que compõem esse uso, como contexto, cultura, o sujeito, a substância utilizada e a forma que é utilizada, entre outros que podem permear essa ação.

Para situar melhor essa discussão, o Capítulo 2 apresenta os diferentes sentidos atribuídos às drogas em distintos locais e tempos, demonstrando que essa relação não é objetiva nem unívoca. Com diversas finalidades, as drogas têm ainda diferentes vocábulos associados a elas e a seus usuários. Na sequência é apresentado o debate internacional sobre as drogas, mais especificamente a partir do século XX, período em que estas passaram a significar um grande problema para a sociedade. O modelo internacional de intervenção no campo das drogas foi reproduzido no debate nacional, que passou a se posicionar contrário ao consumo de determinadas substâncias.

No Capítulo 3 discorremos sobre o tratamento dispensado a usuários de drogas no Brasil desde que é possível identificá-lo, explicando a assistência oferecida a pessoas em sofrimento psíquico desde as primeiras internações em instituições asilares, o processo da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, para então explicar a atual política de Saúde Mental no país, com enfoque na área de álcool e outras drogas.

Os dois últimos capítulos centram-se nas CTs. O Capítulo 4 se dedica a fazer uma descrição de sua história, perfil e regulamentação, para então no Capítulo 5 evidenciar a trajetória das CT, de seu surgimento no Brasil até seu protagonismo nas políticas de drogas nos últimos anos, além de examinar os efeitos produzidos por sua inserção na RAPS.

## **2. O ESTATUTO DAS DROGAS**

“...tais substâncias foram enaltecidas como sendo (e consumidas por serem) capazes de tornar suportável a existência terrena do homem decaído, vale dizer, de tornar doce uma vida percebida como amarga” (Vargas, 2008, p.48)

### **2.1 A Drogas e seu uso na história**

As drogas estão presentes na humanidade desde a Antiguidade e foram tratadas pela sociedade de diversas maneiras ao longo do tempo. Na Grécia antiga o uso do termo *Pharmákon*, ou *droga adequada*, expressava que o que distinguia o remédio do veneno era a dose utilizada. Os gregos analisavam quantidade e margem de segurança para administração de algumas drogas como vinho, cerveja, cânhamo<sup>2</sup>, extrato de haxixe e ópio para seu emprego médico, em cerimônias e rituais. Há registros da utilização do cânhamo para fins religiosos e medicinais entre os séculos XIX e XVII a.C. na Mesopotâmia, Egito e Europa Ocidental, e ainda há 4000 anos a.C. na China. Havia ainda referências de seu consumo no Turquistão e na Índia. Nos países islâmicos, a marijuana e o haxixe (derivados do cânhamo) eram amplamente consumidos até o século XIII, quando passaram a ser censurados. A extração do ópio da papoila-dormideira aparece em anotações de Creta, Egito, Babilônia e em placas sumérias milênios a.C. As informações do cultivo e uso do ópio vêm da Europa e Ásia. Essa substância se tornou amplamente aceita na Europa a partir da Idade Média (Escohotado, 2004; MacRae, 2001). Alucinógenos, como a beladona e a mandrágora, são do Oriente Médio e do Extremo Oriente e a ibogaína do continente Africano. Nas Américas, foram encontradas artes do século X a.C. que mostram cogumelos e plantas alucinógenas. E no período anterior ao descobrimento dessas terras pelos europeus, o tabaco era utilizado de forma recreativa, religiosa e terapêutica. Com relação aos estimulantes, há registros do uso da noz de cola e arbusto de kat na África e da noz de betel e o chá de éfedra na China. São americanos os arbustos de coca, o mate, o cacau e o guaraná. O café foi descoberto como bebida estimulante na Arábia no século X (Escohotado, 2004).

De acordo com MacRae (2001) e Ramos (2012), outra droga que surgiu séculos antes de Cristo foi a bebida alcoólica, que era empregada em múltiplas culturas de forma recreativa e medicinal. Existem menções a terapêuticas e à crítica ao uso exagerado de

---

<sup>2</sup> Planta pertencente à espécie Cannabis Sativa (Brasília, 2006).

vinho e cerveja por volta de 2.000 a.C. As bebidas são citadas também na bíblia judaica, em textos de Homero e em hinos religiosos da Índia. O vinho aparece na mitologia grega através de um dos deuses do Olimpo: Dionísio, deus do vinho, assimilado pelos romanos antes da cristianização de Roma como Baco. Os seguidores de Dionísio cultuavam o vinho e acreditavam que este promoveria relaxamento e êxtase, e que o consumo exagerado desta bebida causaria um estado de loucura. No mundo Islâmico o álcool sempre foi considerado indesejável, mas outras drogas eram utilizadas para diferentes finalidades (Escohotado, 2004; Wilkinson, 2018).

Escohotado (2004) destaca que o uso de ópio no Império Romano antes da cristianização era um costume comum e que, embora tivesse um alto número de consumidores regulares, seu uso jamais provocou problemas de ordem pública ou privada. Seus usuários não eram marginalizados e nem medicalizados<sup>3</sup>, diferentemente do vinho que gerava conflitos. A partir de 186 a.C., houve perseguição, assassinato e crucificação aos seguidores de Baco (Deus Dionísio), pois o Cônsul Romano Espúrio Póstumo acreditava que o uso do vinho nos cultos báquicos corrompia e inflamava as mentes dos que dele participavam. Escohotado afirma que essa perseguição na verdade era de cunho político e tinha o intuito de eliminar inimigos e intimidar a população, sendo então os seguidores de Baco apenas bodes expiatórios.

Com a cristianização do Império Romano no século IV, as drogas foram proibidas, e os que as utilizavam perseguidos. Isso porque estavam associadas a religiões consideradas pagãs, e por seu uso para aliviar o sofrimento, naquele período apreciado pelo cristianismo como forma de se aproximar de Deus. O ópio foi considerado satânico e os drogistas<sup>4</sup> e seus familiares vendidos como escravos ou mortos. Esse pensamento se manteve na Europa Medieval, que também punia qualquer tipo de utilização de drogas com tortura ou morte. Seu uso, mesmo para fins terapêuticos, era considerado heresia pela Inquisição, além de ser associado à bruxaria e à sensualidade, num período em que as bruxas eram vistas como responsáveis pelas catástrofes que assolavam a Europa. Nesse contexto, o álcool era a única droga permitida (Escohotado, 2004; MacRae, 2001).

O fim da vida medieval e o início do Renascimento marcaram a retomada gradual do uso de drogas na Europa, principalmente para fins medicinais. A *Loucura das especiarias* foi o legado deixado pelas Cruzadas, que aproximaram os europeus dos povos

<sup>3</sup> “Processo pelo qual problemas não-médicos são definidos e tratados como médicos, usualmente em termos de doenças e transtornos” (Conrad, 1992, p. 209).

<sup>4</sup> Pessoas que vendiam drogas.

do Oriente e por consequência deram acesso às diferentes aplicabilidades das mais exóticas substâncias, que poderiam ser utilizadas de forma terapêutica, nutritiva e até para conservação de alimentos. O tabaco, conhecido a partir do contato com os povos das Américas recém-descobertas, foi difundido na Europa, Ásia e África. Juntamente com ele, o café, o chocolate, o açúcar e as bebidas alcoólicas destiladas tornaram-se os novos gêneros alimentícios de luxo. As drogas passaram outra vez a ser amplamente consumidas, principalmente medicamentos à base de ópio, que eram exportados para os países mais importantes economicamente. Dentre eles o láudano que, inventado no século XVI pelo alquimista Paracelso, se tornou protagonista como sedativo na Europa e Américas por dois séculos e foi objeto de uso regular nas famílias para diversos fins. Tamanho era o destaque do ópio no mercado internacional entre os séculos XVI e XIX, que gerou uma série de conflitos políticos em relação ao domínio de seu rentável mercado, causando a chamada Guerra do Ópio entre China e Grã-Bretanha no século XIX (Carneiro, 2005; Escohotado, 2004; MacRae, 2001; Vargas, 2008).

Ainda durante o século XIX começaram a ser produzidos fármacos como: morfina, codeína, atropina, cafeína, cocaína, heroína, mescalina, e alguns anestésicos. Substituindo o uso de plantas inteiras, a fabricação de medicamentos facilitou o manejo dessas substâncias aumentando consideravelmente sua demanda. Outra questão que contribuiu para tal aumento foi o cenário de guerras, revoluções e inovações tecnológicas, que culminou em uma série de mudanças sociais. Enquanto as classes mais altas recorriam amplamente à morfina e similares, as classes mais baixas intensificaram o uso de álcool, cocaína e medicamentos baratos como opiáceos para dar conta da situação social que se apresentava (Barreto, 2013; MacRae, 2001; Vargas, 2008).

Até o início do século XX as drogas ainda eram vendidas e divulgadas livremente e não eram criminalizadas e nem representavam problema de saúde: “não eram crime e nem doença contagiosa”. A heroína, por exemplo, teve grande destaque em seu lançamento e, considerada mais eficaz, substituiu a morfina que até então era amplamente prescrita por médicos como calmante e para supressão da dor. A cocaína, oriunda da folha de coca, foi isolada em 1859 e ficou conhecida como droga para curar a tristeza. Foi amplamente comercializada embora não fosse tão popular entre os médicos (Escohotado, 2004, p.91).

Esse quadro entretanto mudou na passagem do século XIX para o século XX. Nos Estados Unidos da América (EUA), a insatisfação, constituída por algumas vozes de protesto, se fortaleceu e tornou-se um movimento de cruzada contra às drogas. O início

desta política repressiva foi marcado por dois fatores, a saber: a proibição de determinadas drogas por estarem associadas a grupos étnicos ou imigrantes, como negros, chineses e irlandeses; e o movimento de médicos e farmacêuticos que se aliou ao movimento puritano contra o uso de drogas com objetivo de monopolizar o mercado, sendo os médicos responsáveis pela prescrição e os farmacêuticos pelo comércio. Em 1920, essas duas categorias foram prejudicadas pela dura legislação proibicionista, que manteve o controle das drogas sob a guarda do Estado. Usuários de drogas e profissionais que as prescreviam passaram a ser investigados e a política repressiva culminou na proibição do tabaco em vários estados e na Lei Seca, que proibia a fabricação, comércio e consumo de álcool. Treze anos depois esta lei foi revogada, porém manteve-se a proibição à cocaína, ópio e morfina. As duas últimas, quando prescritas por médicos, tinham horário de uso e quantidade controlada pela polícia. Esse novo modo de tratar a questão das drogas por parte dos EUA influenciou todo o mundo e a política proibicionista (a determinadas drogas) se mantém até os dias atuais. Isso de modo algum impediu o comércio legal e ilegal de diversas drogas, assim como seu consumo e até a criação de novas substâncias, como foi o caso das anfetaminas, dos barbitúricos, dos benzodiazepínicos e da dietilamida do ácido Lisérgico ou LSD, desenvolvidos durante o século XX (Escohotado, 2004; MacRae, 2001).

Como se observa, o uso de drogas foi compreendido de diversas maneiras ao longo da história. A sociedade, de maneira geral, recorreu a essas substâncias para diferentes finalidades. Carneiro (2005, p. 15) descreve a importância da droga para seu consumidor como instrumento eficiente “para se obter prazer e para se combater a dor”. Considera que, por seu potencial, ganhou importância econômica, política e cultural ao longo da história. Conclui que o domínio das drogas constitui fonte de poder e riqueza e por essa razão o monopólio de seu controle é disputado por diferentes instituições como o Estado e a medicina.

### **2.1.1 Drogas e suas definições**

Sobre a etimologia da palavra DROGA, há controvérsias sobre sua origem. Segundo Vargas (2008) e ainda Carneiro (2005), a origem da palavra é holandesa, DROOG (“barris de coisas secas”), termo utilizado para se referir a substâncias naturais que serviam como medicamentos e alimentação, e também para obtenção de prazer entre os séculos XVI e XVIII. Outra possibilidade é que a palavra tenha surgido do francês

DROGE<sup>5</sup>: provisão, suprimento, remédio, ingrediente químico.

Independente da origem, Carneiro (2003, 2005) considera que o conceito de droga é polissêmico e complexo. Seu significado abrange tudo o que se ingere e que não constitui alimento, embora alguns alimentos também possam ser designados como drogas. O autor lembra que antes de serem usadas de forma terapêutica, as drogas eram representadas por riquezas exóticas e produtos de luxo para alimentação e uso médico, que hoje conhecemos como especiarias. Para Escohotado (2004), droga - psicoativa ou não - é toda substância capaz de causar grandes alterações orgânicas ou psíquicas, a partir de administração de dose significativamente pequenas quando comparadas a outros alimentos.

Sejam as drogas naturais ou sintéticas, elas podem ter a função de alimentar, medicar, apaziguar os sentimentos ou mesmo matar. Ainda que se considere diferentes modalidades, essas funções não são intrínsecas à droga ou sua essência, e sim ao discurso<sup>6</sup> vigente em relação a elas, isto é, à maneira como tais objetos são compreendidos é relacional, não objetiva (MacRae, 2001; Santiago, 2001; Vargas, 2008). Para Santiago (2001, p.18), a noção que a sociedade tem atualmente sobre droga é “absolutamente determinada pelo discurso da ciência”, baseada no estudo químico e biológico dos mecanismos de ação de algum tóxico no organismo. Ele aponta que qualquer substância de efeito tóxico ou psicoativo pré-existe na natureza, antes de ser utilizada pelo homem, e não podemos considerá-las ainda como drogas. O estatuto de droga recebido por determinada substância estaria ligado não apenas ao seu efeito no corpo, mas também à sua função, sua utilidade e tudo o que contém na narrativa sobre ela no lugar e no tempo em que se insere. Sendo assim, a droga é algo além de matéria química e biológica, é também efeito de um discurso.

Nesse sentido, Bucher (1992) enfatiza que o consumo de drogas é a priori prática humana que só depois se tornou alvo dos discursos moral, jurídico ou médico. É consenso entre diversos autores (Carneiro, 2003; Escohotado, 2004; Marques; Mângia, 2010; Santiago, 2001; Vargas, 2008) que o uso de drogas compreendido como problema de saúde e de segurança é recente na história, fruto da apropriação da experiência do uso destas pelo discurso crime-doença, que tem mobilizado diversos setores da sociedade com grande expressão no debate público. Como ressalta Fiore (2004 p.4), desde a instituição das drogas surgiram os mais diferentes termos para referir-se a elas: tóxicos, entorpecentes,

<sup>5</sup> Disponível em <https://origemdapalavra.com.br/pergunta/drogas/>

<sup>6</sup> O que é falado em um determinado espaço-tempo em relação a um objeto a partir de uma construção de conhecimento social, cultural e histórica.

fármacos, narcóticos, substância psicoativa, a depender da área do saber. Ainda assim, “nenhum outro termo parece ser tão amplamente empregado como DROGA, termo capaz de representar por si só todo o debate contemporâneo e que é empregado universalmente”. O autor argumenta que o termo *substância psicoativa* é atribuído à substância capaz de alterar alguma função psíquica ou de consciência, isto é, diz da função intrínseca à substância. Assim, droga não se define pela propriedade psicoativa de alguma substância.

Também seu consumidor e o ato que envolve esse uso foram nomeados. Alguns desses termos, embora substituídos ao longo do tempo, continuam a ser utilizados atualmente. Em 1804, o uso prejudicial de álcool era conhecido como *habito de embriaguez*. Ainda no mesmo século, em 1849 o termo *alcoolismo* surgiu descrito como enfermidade crônica do sistema nervoso central associado à noção de vício, fraqueza moral e problema comportamental. Apenas no século seguinte foi definido como doença independentemente de critérios morais. De acordo com Ciribelli (2012), a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), de 1952, apresentou os termos *alcoolismo* e *drogadicção* dentro da categoria *adições*. Esta, por sua vez, fazia parte do conjunto de transtornos de personalidade sociopática, tratados como distúrbio de cunho moral. Na revisão seguinte, DSM II, o termo *drogadicção* foi substituído pelo termo *dependência de drogas*. Em 1980, o DSM III elegeu o termo *transtornos relacionados ao uso de substâncias*. Segundo a autora, o termo *dependência* foi substituído por se referir apenas à dependência física. A edição sofreu ainda uma mudança de paradigma importante, pois propôs uma classificação descritiva em vez de teórica dos transtornos, além de classificar as doenças e não indivíduos, a partir da compreensão de que assim reduziria o estigma em relação a estes. Atualmente, estão em vigor a Classificação Internacional de Doenças (CID 11), de 2022, e o DSM 5 R, de 2022, que mantêm o termo *Transtornos Relacionados a Substâncias*, visto como neutro e referente ao consumo de drogas, do mais leve ao mais intenso. Os dois manuais apresentam critérios diagnósticos semelhantes (Associação Americana de Psiquiatria - APA, 2022; Organização Mundial de Saúde - OMS, 2022).

Em 1975, o Manual Sobre Dependencia de las Drogas (Kramer; Cameron, 1975) da OMS elegeu o termo *fármaco* para definir toda substância que, introduzida no organismo, pode modificar uma ou mais de suas funções, sendo a dependência dessa substância chamada *farmacodependência*. Segundo os autores, esta dependência é:

Estado psíquico e às vezes físico causado pela ação recíproca entre um organismo vivo e um fármaco, caracterizado por modificações comportamentais

e outras reações que sempre compreendem um desejo irreprimível de tomar o medicamento continuamente ou periodicamente para experimentar seus efeitos psíquicos e às vezes para evitar o desconforto produzido pela privação. A dependência pode ou não ser acompanhada de tolerância. Uma mesma pessoa pode ser dependente de uma ou mais drogas (Kramer; Cameron 1975, p. 10).

A partir deste termo foi popularizada no Brasil a expressão *dependência química*. É conceituada como doença crônica incurável e, por consequência, doente o *dependente químico*. A principal crítica a esse conceito é referente à responsabilidade que recai sobre a droga ou sobre a doença, impedindo assim que o sujeito se implique neste processo em que o uso é feito, além de desconsiderar questões sociais e culturais. Outra questão é que a ideia de dependência da química implica que a substância por si só causa dependência, ignorando a relação existente entre o sujeito e a droga (Schimith; Murta; Queiroz, 2019).

Para Zimberg (1984, p.2), o entendimento de que qualquer forma de uso de alguma droga resultaria em dependência, ou a crença que qualquer uso de drogas “transformaria o cérebro em geleia”, é equivocada e influenciada pelo senso comum ou juízo de valor. Há algumas décadas, por exemplo, o termo habituação é utilizado para definir a ausência de dependência física de alguma droga que tenha por consequência uma necessidade ou hábito de seu uso. Fiore (2004) explica que o limite entre um uso inofensivo e o uso patológico é diferenciado pelos danos reais causados à saúde do usuário, não apenas por aspectos sociais ou legais, que seria uma concepção mais moralizante que de cuidado à saúde. Assim, as diferentes formas de uso levam a diferentes questões, a depender do sujeito, da droga e do contexto. Deste modo, o cuidado deve levar esses fatores em consideração, além de compreender a diferença entre uma pessoa que faz uso de drogas de uma pessoa que faz uso prejudicial de drogas (Kramer; Cameron, 1975; Marques; Mangia, 2010). Fiore (2004) observa que alguns termos como *drogado*, *viciado* e *bêbado* estão presentes no debate público, na mídia e até mesmo entre médicos e que isso se reflete na própria identidade do indivíduo, que passa da condição de estar, para ser. Com isso, a droga adquire um status negativo, e o sujeito sai da condição de estar sob efeito de uma substância, para existência permanente, ou seja, em vez de *estar drogado*, *ser um drogado*. Schimith, Murta e Queiroz (2019) consideram que a maneira como o tema das drogas é abordado, sobretudo pela imprensa, pode contribuir para fortalecer estigmas e preconceitos.

Retomando a análise sobre os vocábulos associados ao uso de drogas, destacamos que *adicção* e *abuso de drogas* foram utilizados de maneira não científica desde o século

passado. Este último surgiu no século XX quando o uso de drogas para fins que não fossem medicinais tornou-se alvo de preocupação. Ele era utilizado com relação ao uso de cocaína por negros e mais tarde do uso de ópio por Chineses; os dois casos em território norte-americano, refletindo preconceito contra esses grupos. A partir do DSM-III a expressão *abuso de drogas* foi utilizada como categoria diagnóstica para caracterizar uma patologia e seus sintomas, além de marcar a diferença entre uso prejudicial e não-prejudicial, sendo baseado em três fatores: padrão patológico de uso, prejuízo social e ocupacional e persistência por pelo menos um mês. Por ser utilizado com o fito de condenar qualquer tipo de consumo de substâncias, principalmente com relação a drogas ilícitas, a expressão foi considerada ambígua e deixou de ser adotada em manuais classificatórios a partir de 1994, com a publicação do CID-10 e do DSM IV (Brasília, 2006; Ciribelli, 2012; Zimberg, 1984). Ainda assim, o termo *uso abusivo de drogas* é utilizado até os dias atuais, inclusive na legislação brasileira e nas cartilhas de saúde (Brasil, 2003; 2010b; 2015b). De outro modo, Fiore (2004) afirma que o abuso de drogas não se caracteriza por um dano causado ao indivíduo ou seu meio, mas define uma situação de uso conflitante com a lei ou pelo desrespeito a convenções sociais vistas como normais. De acordo com Kramer e Cameron (1975, p.16), a posição da OMS sobre esse termo é:

[...] na verdade, uma maneira conveniente, mas não muito precisa, de indicar 1) que uma pessoa ou grupo de pessoas usa uma droga não especificada de forma e quantidade não especificadas e 2) que tal uso é considerado por certas pessoas ou grupos como errado (ilegal ou imoral) e/ou prejudicial ao usuário, à sociedade ou a ambos. O conceito que alguns têm de “abuso de drogas” não é necessariamente o mesmo de outros [...]

Já o termo *adicção*, do inglês *addiction*, também traduzido como *vício*, sofreu mudanças em seu significado ao longo do tempo: de hábito (bom ou ruim) passou a designar uma patologia inespecífica ou fraqueza de caráter. Contém elementos científicos e morais, e atualmente corresponde a uma dependência fisiológica que surge após intenso e contínuo uso de drogas como opiáceos, barbitúricos e álcool. No DSM-5 TR (APA, 2022) o vocábulo não é utilizado por se tratar de uma terminologia vaga e de conotação negativa. Já o termo *drogadição*, traduzido do inglês *drug addiction*, é atribuído à relação exclusiva de um sujeito com um objeto, seja droga ou não (Zimberg, 1984; Carneiro, 2002; Cruz, 2005; Schimith, Murta e Queiroz, 2019). A *toxicomania*, por outro lado, é associada a uma relação específica com alguma droga na busca por prazer e apaziguamento da dor, e se contrapõe à teoria puramente biológica. Utilizado principalmente pela clínica psicanalítica, considera que há uma relação exclusiva do sujeito com a droga, o que impede outra forma

de laço social (Marques e Mângia, 2010; Schimith, Murta e Queiroz, 2019). Kramer e Cameron (1975) destacam que o termo pode causar equívocos uma vez alguns autores consideram que implica em dependência física, o que não é o caso para todas as drogas.

Para diferenciar as modalidades de uso não patológico de drogas, a OMS adotou classificações como *uso experimental*, *uso ocasional* e *uso recreativo*. Essa classificação não deveria servir como classificação patológica, pois o diagnóstico deve ser feito a partir de uma avaliação clínica. Seu objetivo seria o de reconhecer algum tipo de risco para a saúde, além de facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e o público leigo (Fiore, 2004; Schimith, Murta e Queiroz, 2019). Para a OMS, a consideração de um quadro de dependência de alguma droga estaria associada à combinação de três fatores: 1) características pessoais e de personalidade; 2) ambiente sociocultural geral e imediato, e 3) as características farmacodinâmicas da droga, quantidade e forma de administração (Kramer e Cameron, 1975). Zimberg (1984), no livro *Drug, Set, and Setting: the basis for controlled intoxicant use*, propõe fatores semelhantes para compreender o uso de drogas e como ele afeta seu usuário. Seriam: a) a droga e sua ação farmacológica; b) o set, representado pelo usuário, sua personalidade e sua atitude diante do uso, e c) o setting, formado pelo ambiente físico e social onde o uso ocorre. Marques e Mângia (2010) chamam atenção para a riqueza de uma abordagem ampliada e ressaltam que separar os diversos aspectos que interagem no uso da droga torna sua compreensão artificial e simplista. Vale também salientar que o termo *problemas decorrentes do uso de drogas*, amplamente utilizado (Brasil, 2001b; 2005a; 2011f; 2017c), implica em que os problemas que possam surgir para uma pessoa em uso de alguma droga seja apenas em decorrência desse uso, perspectiva que coloca a droga no centro da questão.

Considerando que há diferentes terminologias e conceitos relacionados ao campo das drogas, cabe estabelecer quais termos serão utilizados nesse trabalho. Como lembra Montenegro (2018, p.266), “cada maneira de se referir às drogas informa uma perspectiva de trabalho e visão sobre o tema”. O termo *uso prejudicial* parece contemplar melhor a compreensão bio-psico-social. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), o *consumo prejudicial* engloba os termos: abuso, uso e problemas relacionados. Refere-se a prejuízos à saúde e nos campos psicológico, psiquiátrico, familiar, social e ainda a situações de conflitos com a lei. Essa perspectiva é adotada pela OMS e pelo Ministério da Saúde que reconhecem que o consumo de drogas tem implicações psicológicas, sociais, econômicas, culturais e políticas (MacRae, 2001).

## 2.2 O debate internacional sobre drogas

O século XX destacou-se por ter tornado a questão das drogas um fenômeno por meio da mobilização nos campos médico, jurídico, político e social. Isso se deu principalmente pela política proibicionista representada pela Guerra às Drogas, entendidas como ameaça à vida e à sociedade (Carneiro, 2002, 2003; Montenegro, 2018). Marcado pela intervenção do Estado enquanto regulador da produção, comércio e consumo, o século XX, mais particularmente os anos 1970, foi o momento em que se iniciou uma política repressiva estadunidense reproduzida pela maioria dos países (Perfeito, 2018). Fiore (2004) aponta que as drogas deixaram de ser um conjunto de substâncias para serem consideradas um flagelo social, passando a ser identificadas inclusive no singular: *a questão da droga*. Deste modo, ela passa a indicar um complexo universo carregado de uma negatividade intrínseca, tendo um significado superior ao que é específico dessas substâncias. Para Carneiro (2002), a campanha contra as drogas, que pode ser retratada pelo slogan “Vida sim, drogas não”, demonstra-se equivocada ao supor que as drogas possam ser eliminadas da existência humana, uma vez que estas estão presentes na humanidade desde a Idade da Pedra.

A questão das drogas é envolvida por aspectos sociais, culturais, legais, jurídicos, sanitários, e o limite entre as instituições eleitas para tratar desse tema não está claramente definido, o que interfere diretamente nas propostas de políticas para a área. A partir dessa compreensão, Nowlis (1975 apud Cruz, 2005) propõe modelos conceituais divididos por diferentes concepções sobre o uso de drogas e a forma como ele vem sendo tratado. Tais modelos não são adotados de forma isolada, pois a proposta é ampliar a discussão e não a simplificar adotando apenas um viés. Segundo o autor, o *modelo jurídico-moral* encara a questão das drogas por meio da repressão ao tráfico com o objetivo de impedir o acesso às drogas ilícitas. Costuma ser um modelo apoiado pela parcela conservadora da sociedade. O *modelo médico* foca na ação das drogas no organismo e nos quadros provocados por seu uso, como abstinência ou intoxicação. Num ponto mais extremo dessa concepção, acredita-se que o ser humano é vulnerável à droga, que o torna doente com potencial de transmitir adiante a doença de forma a provocar uma epidemia. Nesses dois modelos apresentados prevalece a substância e não o indivíduo como alvo do discurso. O *modelo psicossocial* considera o uso de drogas como comportamento humano ligado à relação do sujeito com seu contexto e com sua própria história. E por fim o *modelo sociocultural* comprehende o uso de drogas ou sua interdição definida por cada grupo social de acordo com sua

constituição cultural e histórica. Ao expor esses modelos de discurso, Cruz (2005) chama atenção para que a discussão sobre o consumo de drogas, que inicialmente foi assumida como um problema médico e a seguir como problema jurídico, não seja exclusivo dessas duas categorias. Ao contrário, observa que qualquer abordagem que pretenda tratar desta questão de forma isolada corre o risco de ser incompleta. Embora seja possível situar explicações e o modelo teórico de cada discurso, a definição de políticas públicas parte da relação e articulação de diferentes campos do saber que possam dar conta dos vários aspectos deste tema.

De acordo com Perfeito (2018), o discurso oficial de diversos países sobre as drogas, embora revestido de uma preocupação com a saúde pública, na verdade parte de interesses comerciais e políticos. O debate acerca do controle das drogas no âmbito internacional se deu com a Guerra do Ópio, que foi motivada pelo monopólio do comércio da substância. Nos séculos XIX e XX, o movimento pela moderação e pela proibição das drogas, iniciado nos EUA, foi suscitado pela estigmatização de grupos pequenos e de imigrantes, sendo posteriormente reforçado pelas categorias médica e farmacêutica, interessadas no controle das drogas que tinham um alto potencial lucrativo. O país liderou a preocupação mundial acerca do fenômeno das drogas, incentivando o controle destas por meio do campo político-jurídico atribuindo a estas o poder de causar vício e dependência. (Escohotado, 2004; MacRae, 2001, Perfeito, 2018).

O século XX, marcado pelo início da regulação e proibição das drogas, foi também um momento de intensa produção de substâncias. Já nos anos 1920 a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) considerou que o contexto de guerras e transição social como fator importante no aumento do consumo de drogas, como segue o trecho publicado nos Arquivos de Higiene Mental a partir da Conferência de Genebra sobre tóxicos de 1925:

[...] foi após a grande guerra, que as toxicomanias tomaram um desenvolvimento extraordinário, invadindo todo o mundo [...] A exaltação permanente em que viviam os povos, a expectativa diária da morte, as vigílias continuadas, a insônia pelo terror ou pela excitação nervosa natural naquela época, a ansiedade permanente, a tristeza, os momentos de angústia, levaram os homens a procurar alguma coisa que pudesse mitigar-lhes de qualquer sorte o sofrimento moral, e foi aos estupefacientes que eles recorreram (LBHM, 1925a, p. 138).

Pode-se dizer que a história das drogas foi atravessada por uma série de contradições das quais podemos indicar duas: a primeira é que, enquanto a proibição de drogas naturais mobilizava a maioria dos países, diversos tipos de drogas sintéticas começaram a ser produzidas e consumidas em grande escala, principalmente a partir da

década de 1960 (Bucher, 1992; Escohotado, 2004; Vargas, 2008). A segunda contradição relaciona-se ao fato de que o consumo de álcool, fumo e drogas de uso médico foi amplamente incentivado, independentemente de seus efeitos nocivos, enquanto outras drogas foram definidas como ilícitas ou, nas palavras de Escohotado (2004, p. 141), consideradas uma “praga apocalíptica”

### **2.2.1 Drogas lícitas x ilícitas**

Marques e Mângia (2010) afirmam que a divisão entre drogas lícitas e ilícitas está relacionada majoritariamente ao contexto histórico, cultural e político, e menos ao que é próprio da substância droga. Fiore (2004) lembra que às drogas hoje criminalizadas foi reservada uma conotação negativa, além de terem sido desvinculadas de sua finalidade farmacológica. É nesse sentido que Vargas (2008, p.55) adverte que “é preciso se precaver contra a naturalização da distinção entre drogas e fármacos – pois os fármacos também são, todos eles, drogas”. Nessa mesma direção, Cruz (2005) atenta para a ausência de justificativa baseada em conhecimento médico que apoie a separação entre drogas lícitas e ilícitas, o que o leva a considerar que essa divisão seja baseada na tradição e na divulgação pela sociedade de ideias preconceituosas.

Escohotado (2004), em seu percurso pela história das drogas, dedica-se a apresentar elementos sobre a produção e a comercialização legal das drogas quando da instituição do sistema proibicionista em nível mundial. As aminas (anfetamina, dexanfetamina e metanfetamina), vendidas livremente sob o slogan: “dois comprimidos são mais eficazes que um mês de férias”, tinham sua produção de cerca de mil toneladas por ano nos EUA. Com risco maior de tolerância e intoxicação do que a cocaína e causando deterioração acelerada do organismo, essas drogas foram comercializadas até a década de 1970. Os barbitúricos, com seu efeito embriagador e desinibidor, tornaram dependentes 250 mil estadunidenses em 1962 e 135 mil ingleses e escandinavos em 1965. Ainda assim, os EUA continuavam a fabricar cerca de 30 tabletes da droga por habitante, equivalente a quatro mil toneladas de ópio. O autor chama atenção que ópio se tornou um problema para o país somente quando sua importação anual chegou a 200 toneladas. No mesmo país, na década de 40, estudos demonstravam que os barbitúricos, em comparação com a morfina, tinham um efeito muito mais devastador e maior risco de morte por superdosagem ou por síndrome de abstinência. Na década de 1960 a metadona, também conhecida como Dolofina, considerada superperigosa, foi consumida em toneladas nos EUA e na Europa.

Já o meprobamato, lançado em 1955, causava síndrome de abstinência semelhante à do álcool e de barbitúricos, além de dependência física e psicológica. Teve seu consumo na marca de 600 toneladas só nos EUA. Foi substituído pelos benzodiazepínicos (ansiolíticos e hipnóticos) que superaram seu consumo em três vezes, mesmo produzindo síndrome de abstinência severa que podia durar vários dias. As mais de 70 drogas que se seguiram a partir desse período, entre dextromoramina, morfinona, di-hidromorfina, acompanhavam o mesmo roteiro: eram lançadas como inócuas e em seguida se observava seu potencial de dependência ou habituação.

O consumo de bebidas alcoólicas e cigarros não só era permitido como também incentivado, sendo estas drogas amplamente divulgadas e vendidas de modo sedutor em filmes e comerciais ao longo do século XX. O álcool, como lembra Carneiro (2002), é reconhecido por causar uma série de danos físicos e sociais, além de violência urbana, podendo ser considerado uma droga altamente perigosa. Do mesmo modo, as aminas (drogas lícitas) eram produzidas nos EUA e exportadas às toneladas. Enquanto isso, drogas que teriam que ser importadas e que não eram produzidas no país, eram associadas de forma racista e preconceituosa a determinados grupos étnicos e, uma vez estigmatizadas, passavam a compor a lista de drogas proibidas.

Podemos observar em Escohotado (2004) que, entre 1950 e 1960, o então chamado Comitê de Especialistas em Drogas Adictivas da OMS considerou ilícitas as *drogas adictivas*, isto é, que causavam habituação, tolerância e dependência física. Este critério, porém, foi questionado por estudiosos daquela época, que chegaram a contestar a científicidade da explicação sobre o que levava à proibição de determinadas substâncias. Isso porque, dentre as drogas permitidas, havia drogas que causavam dependência física, enquanto que as que se tornaram ilícitas produziram apenas habituação. Ou seja, não havia como incluir no rol de drogas proibidas a cocaína e a maconha, e não havia como excluir desta lista o álcool e os barbitúricos. Em 1957, restou ao comitê especialista da OMS modificar seu nome para Comitê de Especialistas em Drogas que Produzem Dependência e substituir o termo *adicção* por *dependência*, que pode ser física ou psíquica. Embora o termo seja vago, abrange um número maior de drogas passíveis de serem inseridas no novo critério. Assim sendo, o autor, assim como Marques e Mângia (2010), argumenta que o Controle Internacional de Drogas, incentivado pela política proibicionista estadunidense, não tinha embasamento biológico ou farmacológico que justificasse a permissão para uso de uma droga em detrimento de outra e, ainda, que os critérios que dividem as drogas em

categorias lícitas e ilícitas primeiramente têm relação com seu potencial lucrativo. Cabe destacar que o controle internacional de drogas teve início com o Sistema Internacional de Controle de Drogas.

### **2.2.2 O Sistema Internacional de Controle de Drogas**

O Sistema Global do Controle de Drogas foi proposto em 1909 por meio da criação da Comissão do Ópio, ocorrida em Xangai, na China, e integrada por representantes de 13 países. Este acordo resultou na recomendação de que a regulação do uso, fabricação, venda e consumo de drogas deveriam ser feitos em cooperação entre os países, uma vez que o comércio atravessa fronteiras. A Conferência seguinte aconteceu em 1912 em Haia, na Holanda, e ficou conhecida como Convenção do Ópio. Estimulada pelos EUA, tratou da regulamentação da fabricação, venda e consumo de ópio, opiáceos, morfina, heroína e cocaína. Nos EUA, em 1914, o Harrison Act (Lei Harrison) estabeleceu taxação da produção e comércio dessas drogas e proibiu seu uso pela população, e ainda fiscalizou médicos, já que estes podiam prescrevê-las. A partir de 1920, foi a vez da Lei Seca se consagrar, uma lei federal que proibiu a produção, comércio e consumo de bebidas alcoólicas. Mesmo após sua revogação em 1933, sua lógica continuou a influenciar a política internacional uma vez que o país já havia alçado o lugar de grande potência mundial e convocava os outros países a uma guerra contra as drogas. Em 1925, a Convenção de Genebra criou o Comitê Central Permanente, responsável por vigiar o mercado de drogas. A maconha e o haxixe passaram a ser de uso exclusivo médico-científico<sup>7</sup>. O efeito da proibição das drogas nos EUA e na Europa foi o aumento da violência, do contrabando dessas substâncias, além dos problemas de saúde relacionados ao consumo de álcool de fabricação clandestina (Perfeito, 2018).

O Sistema Internacional de Drogas atualmente é orientado pelas determinações da *Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os Entorpecentes*, da *Convenção das Nações Unidas sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971* e da *Convenção das Nações Unidas sobre o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988*. As resoluções destas convenções têm por objetivo fornecer estrutura para medidas de controle penal e de produção, comércio e consumo de drogas dos países signatários, e ainda determinar a necessidade médica ou científica de drogas controladas. Para regular e monitorar esse sistema de controle foram criados os seguintes órgãos: a) a *Comissão de*

---

<sup>7</sup> Expressão adotada na Convenção de Genebra para drogas de uso terapêutico prescritas por médicos.

*Narcóticos*, encarregada de formular políticas de fiscalização, além de analisar e criar propostas sobre a situação mundial das drogas; b) O *Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime* (UNODC), que coordena a fiscalização internacional e funciona como apoio aos Estados-membros; e c) a *Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes*, que é um órgão independente dos governos dos países signatários e da Organização das Nações Unidas (ONU) que cumpre o papel de fiscalizar o cumprimento dos tratados (Paiva, 2018; Rodrigues *et al*, 2009; Drogas [...], 2022).

A Convenção Única de 1961 fundamentou o Sistema de Controle Internacional de Drogas. Tem por objetivo limitar posse, consumo, distribuição e comércio de drogas de uso médico e combater o tráfico e uso de drogas consideradas ilícitas por meio da cooperação internacional. Os países participantes foram instigados a criar penas para o tráfico e posse de drogas, e a incorporar em sua legislação as medidas previstas na Convenção. Nela foram classificadas as drogas consideradas ilícitas, divididas em 4 listas (I, II, III e IV) e estabelecida a meta de 15 anos para eliminação do ópio e de 25 anos para eliminação da coca e da cannabis. Foi deliberado ainda que a ONU seria indicada para fiscalização internacional das drogas, inclusive sobre as medidas tomadas pelos países participantes com relação às determinações da Convenção. Recomendou-se também que países oferecessem tratamento médico aos então chamados toxicômanos (Paiva, 2018; Perfeito, 2018; Drogas [...], 2022). A Convenção sobre Substância Psicotrópicas de 1971 aconteceu num contexto de intenso combate às drogas. Esta Convenção ratificou a Convenção de 1961 e ampliou o rol das drogas sob controle, pois antes, apenas as drogas relacionadas ao ópio, cannabis e a cocaína eram controladas. Todas as drogas, então nomeadas indiscriminadamente como *substâncias psicotrópicas*, eram definidas como: “qualquer substância, de origem natural ou sintética, ou qualquer produto natural das listas I, II, III ou IV” (lista de drogas da Convenção de 1961). A venda e consumo de inúmeras drogas, exceto para fins médicos ou científicos muito restritos, tornaram-se expressamente proibidos. Foram instituídas ainda medidas rígidas de fiscalização da fabricação e comércio de drogas de uso médico. Uma emenda à essa convenção no ano seguinte propôs tratamento em substituição ou em conjunto com penas de prisão às pessoas consideradas dependentes (Escohotado, 2004; MacRae, 2001; Perfeito, 2018; Portugal, 1979; Rodrigues *et al*, 2009).

Em 1988 aconteceu a Convenção das Nações Unidas sobre o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, que, segundo Perfeito (2018), pode ser

considerado o ápice do sistema internacional de controle que consagrou a *war on drugs* como política de controle do uso e da difusão das drogas ilícitas. A expressão foi disseminada pelos EUA, país com grande força dentro do Comitê Central das Nações Unidas por ser seu maior patrocinador. Acreditava-se que os tratados anteriores tinham sido insuficientes com relação à punição e que as legislações de vários países ainda apresentavam falhas. Para a Convenção em tela, a posse, compra ou cultivo para uso pessoal também passavam a ser considerados tráfico. Em conclusão, a Convenção tornou o sistema de controle internacional um dispositivo estratégico, principalmente como mecanismo de interferência nas políticas de países da América do Sul (Perfeito, 2018).

Rodrigues *et al* (2009) nos ajuda a compreender que o Controle Internacional de Drogas se sustenta em um modelo de interdição e criminalização do comércio e uso de drogas, assim como a restrição de seu uso terapêutico. Esse sistema prioriza providências no campo jurídico em detrimento da prevenção e do cuidado em saúde, rejeitando ainda alternativas baseadas na Redução de Danos (RD). Na avaliação da autora, esta política é problemática e pouco recomendável, pois a prisão de consumidores de drogas produz estigma, além de não ter eficácia. Sobre o instrumento produzido nessa Convenção, ela analisa:

[...] insiste-se na utilização de termos bélicos, como “guerra às drogas”, “combate” aos traficantes, repressão e “eliminação” nas leis penais. A associação explícita entre o tráfico ilícito de drogas e as “organizações criminosas” também reforça esse modelo, pois se considera que estas teriam como objetivo “minar as economias lícitas e ameaçar a segurança e a soberania dos Estados”, além de “invadir, contaminar e corromper as estruturas da Administração Pública...” O apelo à guerra era emocional e mesmo irracional [...] (Rodrigues *et al*, 2009, p.19)

Infelizmente alguns países internalizaram e se adaptaram a este modelo bélico imposto pelo tratado e sustentado pelos EUA, mesmo às custas de sua própria cultura. Assim, as políticas e programas sobre drogas dos países-membros tendem a desconsiderar as formas de consumo de seu próprio território, como crenças, valores, ritos, estilos de vida, visões e razões, ignorando os problemas ocasionados por elas. Esse discurso, que se reproduz internamente em cada país promove a demonização de consumidores de drogas. Disso resulta uma política inadequada, que não condiz com a realidade e é, portanto, ineficaz (Carneiro, 2002; Fiore, 2004; MacRae, 2001). Nesse sentido, MacRae (2001) aponta que a classificação das drogas feita pela ONU ignora fatores socioculturais, levando em conta apenas características farmacológicas. Para o autor, ao pretenderm impor um modelo de política próprio da cultura estadunidense, os acordos internacionais partem de

uma abordagem reducionista e limitada, baseada em características estritamente farmacológicas das drogas e que despreza fatores históricos e socioculturais das diferentes populações do mundo e de sua relação com determinadas substâncias. A lógica imposta por esse sistema não reconhece o cultivo e uso de produtos tradicionais de povos originários, como é o caso do hábito de mascar folha de coca, prática milenar na região dos Andes e em parte da Amazônia. Em 1952, por exemplo, a OMS considerou esse hábito uma forma de dependência. Além disso, as diferenças básicas entre a folha de coca e da cocaína foram negligenciadas pela política proibicionista. Em 1959, a pedido do representante do Peru na ONU, foi realizada uma investigação no Peru e na Bolívia para analisar os efeitos da folha de coca. Essa visita foi realizada de maneira apressada e produziu um relatório precipitado que concluiu que a droga possuía efeitos como: má nutrição, efeitos negativos ao caráter intelectual e mental, além de ser responsável pela pobreza dos países da América do Sul, uma vez que julgaram que seu uso limitava a capacidade para o trabalho (Barreto, 2013; Carvalho, 1996; Levy, 2009; Perfeito, 2018; Rodrigues *et al*, 2009).

Na convenção de 1961, representantes desses dois países se comprometeram a restringir a produção de coca para propósitos médico e científicos e ainda abolir em no máximo 25 anos o hábito de mascar folha de coca. Convém dizer que pesam sobre esses representantes, suspeitas de terem sido escolhidos por seu antagonismo nos debates sobre o uso da folha de coca. Houve o arquivamento, ainda na década de 1990, de um relatório da OMS que, partindo do trabalho de 45 pesquisadores de diferentes países, apontou os benefícios do uso da folha de coca para a saúde. Atualmente Bolívia, Colômbia, Equador e Peru formam um bloco criado em 1969 pelo acordo de Cartagena, a Comunidade Andina de Nações (CAN). Contam ainda com o apoio de Brasil, Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai como países associados. Têm o compromisso de lutar contra o tráfico ilícito de drogas em conformidade com a lei internacional (Barreto, 2013; Lopes, 2018). No entanto, de acordo com dados da UNODC de 2010, o cultivo de coca no Peru cresceu pelo 4º ano consecutivo, chegando a 59 mil hectares, em contraste com os outros países andinos. O então chefe deste escritório convocou o governo do Peru a realizar uma “ação concertada”, chamando atenção para a questão (UNODC [...], 2010, p. 1). Carvalho (1996, p.38) aponta que transferir o problema para países produtores os obriga a gerar uma guerra interna, que cria “resultados desastrosos porque, sendo importados e impostos, estes discursos alheios não levavam em conta a diferença entre as drogas e entre os grupos sociais envolvidos”.

Na Reunião da Comissão de Drogas Narcóticas da ONU de 2009, o Presidente da Bolívia, Evo Morales, solicitou a retirada da folha de coca da lista de drogas ilícitas, destacando as diferenças entre esta e a cocaína, além de exigir que o cultivo desta planta nos países andinos fosse respeitado. Com a oposição de alguns países a esse requerimento, a Bolívia saiu da Convenção Única de Entorpecentes, porém retornou em 2013 (Rodrigues *et al*, 2009; Kestler, 2021).

A Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas (UNGASS), de 1998, manteve a política proibicionista, tendo ainda como objetivo fortalecer a cooperação entre os países e eliminar as drogas do mundo até 2008. Nesse período alguns países europeus já questionavam a política repressiva defendida pela ONU e adotaram modelo diverso desta em suas políticas internas. Porém, parte de países americanos e asiáticos, assim como países em desenvolvimento, mantiveram o modelo internacional em suas políticas de drogas. Em 2009, a meta de eliminar as drogas da sociedade não havia sido alcançada e a Reunião da Comissão de Drogas Narcóticas da ONU debateu RD, reafirmada pela maioria dos países europeus, da Nova Zelândia e Canadá, e rejeitada por Estados Unidos, Rússia, China e outros países asiáticos. Pela primeira vez foi exposta a falta de consenso entre os países signatários com relação à política internacional de drogas. Ainda assim, o plano de ação até 2019 foi aprovado sem nenhuma menção à RD (Rodrigues *et al*, 2009). Em 2016, a 30ª UNGASS sobre o Problema Mundial das Drogas aconteceu a pedido dos governos da Guatemala, Colômbia e México e colocou em questão os rumos da política mundial sobre drogas, conclamando que o enfoque da política de drogas priorize uma abordagem baseada na saúde pública, reduzindo providências jurídico-criminais. O documento final representou alguns avanços como a busca por alternativas à solução penal no combate às drogas, o encorajamento à política de RD e o reconhecimento das falhas do atual sistema proibicionista. A posição sobre descriminalização das drogas ainda divide países, enquanto alguns consideram que alto custo humano se deve às drogas, outros acreditam que se deve à guerra às drogas (Perfeito, 2018). De acordo com o Relatório da UNGASS de 2016 (Consórcio Internacional sobre Política de Drogas - IDPC, 2016, p.16), esta convenção foi “mais reformista do que revolucionária – preparando o palco para debates futuros, em vez de ser o ato principal”. Assim, o Diretor Executivo do UNODC manteve o compromisso de enfrentamento às drogas, ratificando Convenções anteriores. Embora apresentasse a necessidade de colocar as pessoas em primeiro lugar, respeitando a saúde e os direitos

humanos, seu discurso deu a entender que a dificuldade em avançar nas estratégias para solucionar o problema mundial das drogas reside na limitação dos recursos financeiros, sendo necessário seu incremento (Políticas [...], 2016).

Ainda que as legislações sobre drogas de muitos países estejam em conformidade com a política repressiva estabelecida nas convenções internacionais, existem grupos, comissões ou mesmo países que se colocam de outro modo frente à política proibicionista por meio de implementação de políticas alternativas, como é o caso de Portugal, Espanha, Holanda e Uruguai, conforme apresentado na figura 1. Este último não apenas desriminalizou o consumo de cannabis, como também legalizou e regulamentou sua produção e comércio para fins medicinais e recreativos. A lei que entrou em vigor em 2013, marcou o país e o Sistema Internacional de Controle de Drogas, embora não tenha representado uma mudança de paradigma, uma vez que manteve a lógica proibicionista com relação às outras drogas (Kestler, 2021; Perfeito, 2018; Rodrigues *et al*, 2009). Já a Holanda, pioneira no engajamento à política de RD, trata o tema das drogas como algo normal e tem leis bem detalhadas sobre o tipo e quantidade de drogas permitidas, assim como as punições. Seu modelo preconiza a liberdade individual, desde que não prejudique a sociedade como um todo. Nos EUA, vários estados legalizaram o consumo e em alguns casos a produção de cannabis. O país conta com o maior mercado de cannabis do mundo e concentra 50% da pesquisa mundial sobre a planta. Foi noticiado em outubro de 2022 que o atual presidente dos EUA, Joe Biden, concedeu perdão a todos estadunidenses presos por posse e uso de maconha. O presidente considera que a lei de substâncias controladas no país deve ser revista. Atualmente mais de 50 países autorizaram o uso medicinal ou recreativo de cannabis (Biden [...], 2022; Rodrigues, 2006; Thegreenhub, 2021).

Figura 1: Uso medicinal da Cannabis no mundo, 2021.



Fonte: Oliveira, 2021.

Com intuito de defender uma política de drogas baseada em evidências científicas, direitos humanos e saúde pública, foi criada em 2011 a Comissão Global sobre Políticas de Drogas. Fundada pelo ex-presidente do Brasil, Fernando Henrique Cardoso, e pelos ex-presidentes da Colômbia e México, César Gaviria e Ernesto Zedillo, a Comissão reuniu na época 17 líderes entre intelectuais e ex-políticos e hoje conta com representantes de diversos países. No ano de sua criação produziu um relatório que apontava que a política de Guerra às Drogas fracassou e que todos os recursos gastos não reduziram a oferta e nem o consumo de drogas. Em suas observações apontam que o sucesso do sistema é avaliado pelo número de processos, prisões, quantidade de drogas apreendidas ou severidade das penas. Concluem que esses indicadores apenas demonstram o rigor dessa política, mas não sua eficácia. A Comissão recomenda mudanças pragmáticas na política de drogas com objetivo de preservar a saúde e segurança das pessoas (Comissão Global sobre Política de Drogas, 2011; A Comissão [...], 2022). Dentre as propostas estão: 1) assegurar a disponibilidade de tratamento com eficácia comprovada, além de abolir práticas excessivas que infrinjam os direitos humanos sob o pretexto de tratamento; 2) garantir acesso a medicamentos à população; 3) acabar com a criminalização e encarceramento de pessoas

por uso de drogas e 4) regular o mercado de drogas para colocar o governo no controle e enfraquecer as organizações criminosas (A Comissão [...], 2022).

Para Carvalho (1996), a função principal da guerra às drogas é na verdade ocultar conflitos e desigualdades entre as classes, além de encobrir o impacto social e econômico produzido pelas drogas nas relações internacionais. Com imposição de uma legislação seletiva, gera como subproduto violência institucional e violação de direitos humanos nas classes mais baixas. Para o autor, “a conclusão óbvia, mas, ao mesmo tempo, surpreendente, é que a política de ‘guerra às drogas’ é um grande fracasso, não obtendo controle, muito menos abolição, do fenômeno do narcotráfico” (Carvalho, 1996, p.247). Atualmente temos o lançamento da estratégia da UNDOC para os anos de 2021 a 2025, que inclui: a) fortalecer apoio aos estados-membros; b) implantar métodos inovadores e alavancar novas tecnologias; c) aumentar a prevenção, tratamento e cuidados; d) respostas efetivas da justiça criminal ao tráfico; e) maior acesso a medicamentos controlados para os necessitados; f) alternativas sustentáveis ao cultivo de drogas ilícitas; g) fortalecimento da cooperação policial internacional; h) melhor compreensão e monitoramento dos mercados de drogas ilícitas (UNODC, 2022).

Todo o aparato político-administrativo do Controle Internacional de Drogas tem a pretensão de deter e controlar o comércio mundial de drogas além de ainda monitorar os países signatários, o que em realidade não é possível. Bucher (1992, p. 3) afirma que é nítido que “toda sociedade tem suas drogas (ou as drogas que merece)”. Observa que os limites entre drogas que são permitidas ou não por lei são relativos à cultura, não absolutos. O autor pondera que, por trás dos casos em que há excesso desse uso, há um processo complexo em que há um engendramento entre a droga, o contexto econômico e sociocultural e o usuário com tudo o que o constitui (suas motivações conscientes e inconscientes, sua história, crenças). Zimberg (1984) propõe que o uso de drogas, de maneira geral, envolve *controles sociais informais*, que são comportamentos internalizados surgidos em decorrência da interação social, adaptáveis a mudanças ocorridas em seu contexto. Para o autor, ao fazer uso de uma droga, o sujeito o faz de acordo com alguma regra de conduta que determina de maneira formal ou informal como essa droga deve ser utilizada. A isso chamou de *sanções sociais*. Já os métodos empregados para adquirir e utilizar a droga, assim como a escolha do ambiente social e os métodos para evitar efeitos adversos são considerados *rituais sociais*. Essas duas categorias compõem os comportamentos internalizados referidos acima, o que denota que os problemas

relacionados ao uso drogas são “problemas humanos e não problema de drogas” (Kramer e Cameron, 1975, p.10). Além disso, compreender clinicamente o uso de drogas de um único sujeito já é de uma enorme complexidade e sendo essa compreensão necessária ao nível da saúde pública, demanda estudos em maiores proporções e ainda mais complexos (Fiore, 2004).

### 2.3 Breve histórico da legislação brasileira sobre drogas

No Brasil, antes do século XX havia legislações que reprimiam certas drogas. A Ordenação das Filipinas de 1603, no livro V, título 89 (Figura 2), que estabelecia as normas jurídicas do Brasil naquela época, já expressava alguma proibição à posse de determinadas substâncias, inclusive do ópio (a posse só seria permitida ao boticário que tivesse licença). Em 1830, o artigo 7º da seção de Saúde do Rio de Janeiro criminalizava a venda e o consumo do “pito do pango<sup>8</sup>”. A pena aos contraventores era multa, porém havia uma distinção no caso de ser um escravo, que seria punido com prisão. Em 1890, com o Código Penal Republicano, houve uma menção à proibição da venda ou administração de substância venenosa sem a devida autorização (Almeida, 1870; Perfeito, 2018; Vargas; Campos, 2019). Petuco (2019) supõe que essa criminalização era relacionada às práticas sociais dos negros, por receio de rebeliões, considerando ainda que o Rio de Janeiro na época tinha maior população de pessoas escravizadas do mundo.

Figura 2 – Proibição à posse de substâncias, Brasil 1603.

1240	QUINTO LIVRO DAS ORDENAÇÕES
	17. E nos lugares, onde houver outros Regimentos nossos, em que sejam postas outras maiores penas, ou defesas, guardar-se-hão, como nellas fôr conteúdo. M.—liv. 5 t. 81 § 2.
	TITULO LXXXIX.
	Que ninguem tenha em sua caza rosalgar, nem o venda, nem outro material venoso (1).
	Nenhuma pessoa tenha em sua caza para vender, rosalgar branco, nem vermelho, nem amarelo (2), nem solimão (3), nem agua delle, nem escamonaé (4), nem opio, salvo se fôr Boticario examinado, e que tenha licença para ter Botica, e usar do Officio.
	E qualquier outra pessoa que tiver em sua caza alguma das ditas couças para vender, perca toda sua fazenda, ametade para nossa Camera, e a outra para quem o acusar, e seja degradado para Africa ate nossa mercê.
	E a mesma pena terá quem as ditas couças trouxer de fóra, e as vender a pessoas, que não forem Boticarios (5).
	M.—liv. 5 t. 109 pr. S.—p. 4 t. 221. 3.
	1. E os Boticarios as não vendão, nem despendão, se não com os Officiaes, que por razão de seus Officios as hão mistér, sendo porem Officiaes conhecidos per elles, e taes, de que se presuma que as não darão á outras pessoas.
	gundo pelos Medicos, fôrtes fôr mandado. E fazendo o contrario outras pessoas, que não nhecidos, pola primeir conta cruzados, metadesar, e descobrir. É pola segunda hav pena, que houvermos p M.—liv. 5 t. 10
	TITULO
	Que não facão vódas, fogaca, nem os amo de scus criados (1).
	Por se escusarem os zem nas vódas, e baptis alguns delictos que s mentos commettem, de so, alguma de qualq seja, não faça per si, i pessoa, vôda de fogaca convidem para o jantar vos pessoa alguma, nem jantares, ou cêas dos i parentes dentro no qu não darão couça algur ou baptismo.
	E quem o contrario convidarem, como os forem aos ditos con dentro no quarto grão

Fonte: Almeida, 1870, p.1240.

<sup>8</sup> Maconha consumida em cachimbos de barro.

De acordo com Machado e Miranda (2007), o consumo de drogas até os primeiros anos do século XX, ainda era incipiente e o uso do álcool, embora mais comum, não era considerado um problema de saúde. Ramos (2012) lembra que esse uso era incentivado como tratamento de saúde. Mesmo quando autoridades médicas passaram a se preocupar com esse uso, essa posição ainda não encontrava unanimidade. Drogas como maconha, cocaína e seus derivados eram utilizadas de modo terapêutico ou recreativo sem grandes preocupações, ocupando inclusive anúncios e manchetes de jornais. Petuco (2019), ao tratar do debate sobre o consumo de drogas no início do século XX, aponta que o consumo de álcool era rejeitado nas classes populares e tolerado nas classes mais altas. Algumas drogas eram percebidas de forma negativa, sendo a miséria associada ao alcoolismo, o ópio associado aos imigrantes chineses, e a maconha vinculada aos indígenas e negros. Deste modo, estas eram drogas consideradas distintas das que eram utilizadas pelo *homem branco educado e civilizado*. Porém, em alguns anos o ópio se popularizou, assim como a cocaína, entre intelectuais e as camadas sociais mais altas, sendo comercializado sem restrições como aparece nas figuras 3 e 4.

Figura 3 – Pastilhas de cocaína, Brasil 1900.



Fonte: Medeiros, 2021

Figura 4 – Elixir para tratamento de doenças do estômago, Brasil 1901.



Fonte: Medeiros, 2021

Em 1914, o governo brasileiro assumiu as diretrizes da Convenção de Haia de 1911 e aprovou medidas para cessar o crescimento do uso de ópio, morfina e seus derivados através do Decreto 2.861 (Brasil, 1914). A partir de 1921, com os decretos 4.294 e 14.969, a entrada de substâncias tóxicas no país foi regulamentada. A legislação de 1890 foi revogada, e o termo *substância venenosa* foi substituído por *entorpecente*<sup>9</sup>. Além disso, os referidos decretos tratavam da punição com multa e prisão a quem vendesse ou administrasse algum tipo de droga. Mesmo pessoas licenciadas para venda de drogas, como droguistas e farmacêuticos, deveriam seguir as regras do Departamento Nacional de Saúde Pública sobre a movimentação dessas substâncias. A legislação previa ainda multa ou internação (a depender do caso) para pessoas que colocassem em risco a si e a outrem ou perturbassem a ordem pública por estarem embriagadas. Foi criado um estabelecimento correcional e de tratamento médico destinado a pessoas consideradas intoxicadas por bebida alcoólica ou substâncias consideradas *inebriantes* ou *entorpecentes*, o Sanatório para Toxicômanos. Ele era dividido em duas seções: a voluntária, para a pessoa que, não estando sob efeito de nenhuma substância, solicitasse a própria internação, ou internação requerida por familiar, caso observada a urgência desta; e a seção judiciária, para condenados por perturbar a ordem pública quando embriagados ou considerados inimputáveis por uso de álcool ou outras drogas, nesses casos decretada por juiz (Brasil, 1921a; 1921b; Vargas; Campos, 2019). Para Petuco (2019) e Ramos (2012, p.33), esses decretos demonstram maior preocupação com "distúrbios mentais", comportamentos

<sup>9</sup> Eram consideradas entorpecentes as drogas proibidas pela legislação.

“anormais” ou perturbação à ordem pública do que com os problemas clínicos do uso de álcool e outras drogas.

Algumas drogas, contudo, seguiam sendo livremente comercializadas, como o lança-perfume. Na figura 5 sua venda era divulgada em O Estado de São Paulo para o carnaval de 1929.

Figura 5 – Anúncio do lança perfume Vlan, Brasil 1929.



Fonte: Anúncio [...], 2017

A partir de 1932, o Decreto nº 20.930, além de regulamentar a importação e o comércio de drogas, também discriminava as substâncias consideradas para fins do decreto. É esclarecido ainda que o decreto está em acordo com o Comitê Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, com penas mais duras para comércio ilegal. O emprego de dose das drogas discriminadas neste decreto, mesmo de uso prescrito por médico licenciado, quando acima do determinado pelo Departamento de Saúde Pública, deveria ser justificado pelo médico que a prescreveu. A *toxicomania* ou *intoxicação habitual* passa a ser considerada doença de notificação compulsória, podendo gerar internação obrigatória (a requerimento do Ministério Público). Acrescenta-se neste decreto que o tratamento poderia se dar apenas por internação ou a limitação da capacidade civil com a interdição. A alta só era realizada diante do juiz que decretou a internação mediante exame pericial (BRASIL, 1932). Em 1936 foi criada, por meio do decreto nº 780, a Comissão de Nacional de Fiscalização de Entorpecentes subordinada ao Ministério das

Relações Exteriores, com objetivo de executar as disposições das convenções internacionais. Esta comissão, entre outras coisas, era responsável por fixar a cooperação entre os órgãos fiscalizadores responsáveis pelo comércio e repressão do comércio ilícito de drogas, além de constituir órgão consultivo para a relação do governo com o Comitê Central do Ópio da Liga das Nações (Brasil, 1936).

O Brasil iniciou de fato uma política proibicionista a partir de um modelo repressivo influenciado pelas convenções internacionais com o Decreto-Lei nº 891 de 1938, que aprovou a Lei de Fiscalização de Entorpecente e definiu as substâncias incluídas sob esta denominação (QUADRO 1).

Quadro 1 - Lista de drogas do Decreto-Lei nº 891 de 1938

<b>Art. 1º São consideradas entorpecentes, para os fins desta lei e outras aplicáveis, as seguintes substâncias</b>		<b>Segundo Grupo</b>
<b>Primeiro Grupo</b>		
I – O ópio bruto, o ópio medicinal, e suas preparações, exceto o elixir paregórico e o pó de Dover	IX – A benzilmorfina, seus sais, e preparações	I – Etilmorfina e seus sais (Diona)
II – A morfina, seus sais e preparações	X – A dihidromorfina, seus sais (Paramorfan) e preparações	II – A metilmorfina (Codeína) e seus sais
III – A diacetilmorfina, diamorfina (Heropina) seus sais e preparações	XI – A N-orimorfina (Genomorfina) e preparações	
IV – A dihidromorfinona, seus sais, (Dilaídide) e preparações	XII – Os compostos N-oximorfinicos assim como outros compostos morfínicos de azoto pentavalente e preparações	
V - A dihidrocodeinona, seus sais (Dicodide) e preparações	XIII – As folhas de coca e preparações	
VI – A dihidro-oxicodeinona, seus sais (Eucodal) e preparações	XIV – A cocaína, seus sais e preparações	
VII – A tebaína, seus sais e preparações	XV – A cegoína, seus sais e preparações	
VIII – A acetilo-dimetilo-dihidrotebaína, seus sais (Acedicona) e preparações	XVI – O cânhamo cannabis sativa e variedade	

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (1938).

O Decreto-Lei nº 891 de 1938 ratificou os decretos anteriores e manteve as disposições quanto à internação de toxicômanos<sup>10</sup>, proibindo, contudo, o tratamento em domicílio. Na sequência, o Código Penal de 1940 e a Lei de Contravenções Penais de 1941 consideravam perigosos os condenados em que o crime de contravenção foi cometido em estado de embriaguez por álcool ou outras substâncias ou por *doença mental*. Ainda segundo o Código Penal, eram considerados Crimes contra a Saúde Pública: importar,

<sup>10</sup> De acordo com o decreto Lei 891 de 1938, a internação obrigatória depende de representação policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

exportar, fabricar, vender, expor, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar, entregar a consumo ou empregar na fabricação de produtos de consumo, substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar. E ainda, a prescrição de substância medicinal ou entorpecente, realizada por médico ou dentista divergente da finalidade terapêutica (Brasil, 1938; 1940; 1941; Perfeito, 2018). Para Vargas e Campos (2019), a questão das drogas era considerada uma questão de saúde pública, porém havia uma articulação com o campo jurídico. Os *toxicômanos*, por exemplo, eram tratados como doentes, e por isso internados, uma intervenção cientificamente legitimada pela psiquiatria, e essa internação era compulsória, em muitos casos determinada por um juiz e legalmente amparada pela legislação. Para Perfeito (2018), esse período se caracterizou pela intensificação do controle sobre as drogas por meio da repressão ao comércio sugerindo o traficante como criminoso, ao passo que o consumo não era criminalizado da mesma maneira, o que justificava o tratamento compulsório em estabelecimentos específicos. O autor observa que o que vigorava até o final da década de 1950 era o modelo sanitário de intervenção.

Já na década de 1960, com a promulgação da Lei nº 4.483 de 1964, o Departamento Nacional de Segurança foi reorganizado e a Polícia Federal de Investigação tornou-se responsável pelo Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes (SRTE)<sup>11</sup>. A partir do decreto-lei nº159 de 1967, substâncias com potencial para causar dependência física ou psíquica passaram a ter o mesmo tratamento legal que as drogas consideradas entorpecentes (Brasil, 1964; 1967). Vargas e Campos (2019), Perfeito (2018) e ainda Carvalho (2015) apontam que essas mudanças na legislação já estavam sob a influência da Convenção Única de 1961, e chamam atenção para a transição do modelo sanitário para um modelo bélico, observado na modificação do termo *fiscalização* pelo termo *repressão* a tóxicos. Considera-se ainda que o Golpe Militar de 1964 favoreceu esse cenário de repressão em todas as esferas, incluindo a questão das drogas, em que o traficante se converteu em inimigo interno da Segurança Nacional, e as drogas começaram a ser associadas a movimentos subversivos. “O Brasil ficou aparelhado com instrumentos de controle ideológicos elaborados pela Escola Superior de Guerra e modelou-se a Doutrina de Segurança Nacional sob o lema de que ‘o que é bom para os EUA, é bom para o Brasil’” (Perfeito, 2018, p.43). Já com o Decreto-lei nº 385 de 1968, que alterou o art. 281

---

<sup>11</sup> Anteriormente o órgão responsável pela era a Comissão Nacional de fiscalização de Entorpecentes, presidida pelo Diretor Nacional de Saúde, e submetida ao Ministério das Relações Exteriores.

do Código Penal, usuários e traficantes passaram a ter o mesmo tratamento e tipificação penal, o que dividiu opiniões entre psiquiatras, psicólogos e juristas, além de contrariar a orientação internacional (Brasil, 1968). Vargas e Campos (2019) chamam atenção para a pena prescrita a ambos, um ano e seis meses, a maior pena a usuários de drogas já estabelecida na legislação brasileira. Ressalta-se que essa política não reduziu os índices de violência.

Na década seguinte o código penal foi renovado e, conforme aponta Perfeito (2018), a partir da Lei nº 5.726 de 1971 o usuário de drogas passou a ser visto como alguém que não teria capacidade de compreender o caráter ilícito de seu vício e, portanto, foi tornado inimputável. Esta lei determinou que usuários de drogas ficariam sujeitos a medidas de recuperação, podendo ter internação decretada por juiz (Brasil, 1971). Em 1976 a Lei nº 6.368 instituiu o Sistema Nacional Anti-drogas composto por órgãos que cuidam da prevenção do uso de drogas, assim como tratamento, recuperação e reinserção social de pessoas dependentes desse uso. As instruções sobre limitação, fiscalização, proibição e controle da produção e comércio de entorpecentes foram atribuídas exclusivamente ao Ministério da Saúde. Os órgãos de repressão ao uso, tráfico e produção de drogas não deixaram de fazer parte do Sistema (Brasil, 1976).

De acordo com o artigo nº 12 desta Lei (Brasil, 1976, p. 3):

Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - Reclusão, de 3 (três) a 15 (quinze) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias multa.

E ainda, a mesma pena é aplicada a quem “contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso indevido ou o tráfico ilícito de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica”. No artigo nº16, a seguir, a detenção é de 6 meses a 2 anos para quem adquirir ou guardar para uso próprio. Rodrigues (2006) explica a possibilidade de interpretação, principalmente a partir do artigo nº 37 da mesma lei, de que é preciso existir intenção de lucro e levar em conta a quantidade de droga encontrada assim como verificar antecedentes do agente e a circunstâncias da prisão para configurar tráfico. Nesse sentido, Bittencourt (1986) expõe que, na década de 1970, o Superior Tribunal Federal julgou que a posse ou uso de “entorpecentes” não constituiria crime ou facilitação do tráfico. Esta Lei vigorou até 2006, quando foi substituída pela Lei nº11.343.

Machado e Miranda (2007) observam que a legislação, assim como as instituições implicadas nesse processo, tinha objetivo de salvar, recuperar, tratar e punir o usuário de drogas, considerado como doente ou criminoso. Para os autores, embora esses normativos sejam mais rígidos com relação às penas, foram também um marco na esfera médico-psiquiátrica em relação à dependência e ao uso de drogas. Rodrigues (2006) constata que a lógica repressiva foi mantida pois ainda que não fosse preso, o usuário era forçado ao tratamento, mesmo sem ter cometido crime. Embora a Lei nº 6.368 de 1976 indique prioridade à prevenção, trata em maior parte da repressão. Para Perfeito (2018), a política proibicionista e repressiva é instrumento de controle dos cidadãos, em que o uso de drogas é prerrogativa para que o Estado invada o corpo e o domicílio pela suspeita da posse de drogas. Além disso, assume a função de ditar as substâncias que os indivíduos podem ou não ingerir, ignorando a capacidade de decisão dos cidadãos.

Em 1980, o decreto nº 85.110, instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, tendo como órgão central o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). De caráter normativo e deliberação coletiva, o conselho tinha a atribuição, dentre outras, de propor a política nacional de entorpecentes e abordava discussões tanto sobre drogas lícitas como ilícitas (Vargas e Campos, 2019, Brasil, 1980). O órgão, que existiu até 1998, esteve comprometido com ações repressivas em vários momentos de sua história. Porém, foi também fundamental em suas propostas de cuidado na área de álcool e outras drogas, como será visto mais adiante. Em 1986 a Lei nº 7.560 criou o Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate a Drogas de Abuso (FUNCAB)<sup>12</sup>, gerido pelo CONFEN, financiado pelo dinheiro oriundo de apreensões ou recursos provenientes do tráfico de drogas. Esses recursos tinham como destino programas de prevenção de drogas, organizações que desenvolviam tratamento e recuperação de usuários, custeio de ações de fiscalização e repressão, programas de formação nas áreas relacionadas ao tratamento de usuários e repressão às drogas, assim como os custos de sua gestão e da participação em dentro e fora do Brasil, em que o país precisasse estar representado, assim como o pagamento das cotas de participação dos organismos internacionais (Brasil, 1986).

De acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, os Estados signatários deveriam tipificar em suas leis as atividades ligadas à produção, venda, transporte e distribuição das

---

<sup>12</sup> Atual Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

drogas reconhecidas como ilícitas pelas convenções anteriores, de 1961 e 1971. Embora esta diretriz somente tenha sido aprovada no Brasil em 1991, pelo decreto nº154, já havia sido editada em 1990 a lei nº 8.072, de crimes hediondos, isso é, crimes considerados de extrema gravidade. Conforme esta lei e ainda com o artigo 5º inciso XLIII da Constituição Federal de 1988, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas converteu-se em crime equiparado a crime hediondo e, neste caso, insuscetível de anistia e fiança, com pena que deveria ser cumprida integralmente em regime fechado (Perfeito, 2018; Brasil, 1988; 1990; 1991).

Com objetivo de fiscalizar, supervisionar e acompanhar as decisões do CONFEN, em 1993 foi criada a Secretaria Nacional de Entorpecentes, no âmbito do Ministério da Justiça. Já em 1998 foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), que substituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. O SISNAD foi integrado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que substituiu a Secretaria Nacional de Entorpecentes; e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)<sup>13</sup>, que substituiu o CONFEN, mantendo composição semelhante, com representantes dos ministérios, um médico e um jurista de comprovada experiência na área de drogas. Esses novos órgãos foram vinculados ao Gabinete Militar da Presidência da República e não mais ao Ministério da Justiça como os órgãos que os antecederam (Brasil, 1993; 1998; Machado, 2006).

Conforme explicam Machado (2006), e ainda, Perfeito (2018), a SENAD resultou de um compromisso do Brasil com a UNGASS de 1998 para uma ação mais ampliada do governo para articular e coordenar a Política Antidrogas. Nesse período, o duro sistema penal não tinha as mesmas características da época da ditadura, tendo sido atualizado segundo os novos tempos, saindo de uma ideologia de segurança nacional para segurança urbana. Os autores identificam que até UNGASS de 1998, o Brasil sequer tinha uma Política Nacional sobre Drogas. Após o compromisso assumido nesta reunião, em 1999 foi realizado o I Fórum Nacional Antidrogas. Garcia, Leal e Abreu (2008) apontam que este Fórum visava um maior diálogo entre o governo federal e a sociedade para o estabelecimento de uma Política Nacional Antidrogas partindo de uma perspectiva intersetorial centrada no papel da sociedade. Machado (2006) observa que as propostas construídas neste Fórum não eram articuladas ao campo da saúde. Além disso, o evento seguiu de forma ambígua, com representante de Comunidades Terapêuticas (CTs)

---

<sup>13</sup> Atual Conselho Nacional sobre Políticas de Drogas.

reivindicando sua regulamentação e militantes da RD solicitando a inclusão deste modelo na pauta. Não houve posicionamento claro sobre as ações a serem implementadas. Em 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas, por meio do decreto nº 4.345. Esta reconhecia a RD, porém a considerava uma ação preventiva desde que não representasse prejuízo à redução de demanda. Além disso, apontava a justiça terapêutica<sup>14</sup> como importante e tinha como ideal um mundo sem drogas (Brasil, 2002b).

Em 2005, após uma série de eventos ocorrido no início dos anos 2000, a serem discutidos no próximo capítulo, foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e instituído no ano seguinte o Sistema Nacional de Política sobre Drogas (SISNAD), pela lei nº 11.343<sup>15</sup> (BRASIL, 2005c; 2006b). Rodrigues (2006) destaca que a Política sobre Drogas de 2005 prioriza a prevenção e garante o atendimento a pessoa em uso prejudicial em drogas em diversos pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), sem que esse tratamento seja obrigatório. Além disso, esta Política reconhece a estratégia de RD como medida de prevenção, assistência e promoção de saúde e dos direitos humanos. A autora observa que foi mantida, entretanto, a lógica proibicionista, prevendo ações repressivas e processos criminais por produção e tráfico de drogas ilícitas. Com relação à Lei nº 11.343, Teixeira (2018) observa que ela é um marco na mudança de paradigma em relação à discussão sobre drogas no Brasil, pois, ainda que não tenha legalizado o consumo de drogas no país, não mais penaliza o uso de drogas. Para Rodrigues *et al* (2009) e Kinoshita (2013a), esta lei se configura como um avanço, mas ainda assim não discrimina parâmetros precisos para que se diferencie um usuário de um traficante, ficando essa interpretação a cargo do elemento subjetivo.

Observa-se que o termo *antidrogas* foi substituído pelo termo *sobre drogas*. Para Perfeito (2018), essa mudança foi uma tentativa de adequação à política de RD, uma vez que o termo *antidrogas* estaria mais ligado a uma noção de repressão. Porém essa reformulação da nomenclatura não alcançou num primeiro momento o CONAD e a SENAD, que continuaram nomeados como Antidrogas, só tendo seus nomes modificados para *sobre drogas* em 2008. A SENAD, de acordo com o decreto nº 5.912 de 2006, se manteve como órgão executivo do novo Sisnad e o CONAD continuou como órgão normativo de deliberação vinculado ao Gabinete Institucional da Presidência da República. Importante fazer um destaque acerca da composição do CONAD, que manteve a

---

<sup>14</sup> Tratamento imposto pela justiça (LIVTIN, 2010).

<sup>15</sup> Revogou as leis 6.368/1976 e a 10.402/2002.

representação dos ministérios do governo e acrescentou a sociedade civil, com representantes dos Conselhos de Drogas estaduais, Conselhos de Classe (que indicavam profissionais com experiência na questão das drogas, sendo um de cada categoria das seguintes categorias: jurista, médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro e educador) e ainda da Sociedade Brasileira de para o Progresso da Ciência (que indicava um cientista com produção comprovada na área de drogas) e a União Nacional dos Estudantes, também com um representante. Além dessas instituições, o presidente do CONAD indicava uma pessoa do meio artístico e uma pessoa da imprensa, ambas com projeção nacional, um antropólogo e dois representantes de organizações do terceiro setor com atuação comprovada na área de redução de demanda de drogas (Brasil, 2006b; 2006c).

Em 2011 a SENAD retornou ao âmbito do Ministério da Justiça com objetivo de potencializar as ações de redução de demanda e enfretamento ao tráfico de drogas (Brasil, 2011a). Essa mudança ocorreu em um contexto de forte debate acerca de uma suposta epidemia de crack, que será exposto no capítulo 5. Em 2017 foi criado o Comitê Gestor Interministerial, formado pelos Ministérios da Justiça, Trabalho, Saúde e Desenvolvimento Social, para coordenar ações de prevenção, pesquisa, cuidados, formação e reinserção social no âmbito do governo Federal (BRASIL, 2017c). Em 2019, houve uma série de mudanças na Lei nº 11.343 de 2006, que foi alterada pela Lei nº 13.840. A “Nova Política”, como foi chamada, passou a enfocar ações com o objetivo de atingir o ideal de uma sociedade sem drogas, tendo a abstinência como de seus pilares (Brasil, 2019e). A lei em questão, autoriza a internação involuntária realizada por médico registrado no CRM, sem a necessidade de autorização judicial a partir de solicitação de servidor público da área de saúde, assistência social ou integrante do SISNAD. Dispõe ainda que a internação deve ser informada em até 72 horas ao Ministério Público, defensoria pública ou órgão de fiscalização (não especificado), e não é necessário conhecimento ou consentimento de familiar ou responsável legal. Não é explicitado em que circunstâncias essa internação pode ocorrer, e seu prazo máximo é de 90 dias (Ferreira, 2020; Montenegro *et al*, 2022). Ainda em 2019, a coordenação e implementação da PNAD passou à competência da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção de Drogas (SENAPRED) do Ministério da Cidadania, e da SENAD, do Ministério da Justiça (BRASIL, 2019d)

Ainda nesse ano, por meio do decreto nº 9.926 de 2019, assinado pelo então presidente Bolsonaro, a composição do CONAD foi alterada. Foi retirada a representação de organizações, instituições, profissionais, especialistas ou entidades nacionais da

sociedade civil, e o órgão passou a contar apenas com Ministro da Justiça e Segurança Pública, como presidente, ministro da Cidadania e representantes de outros ministérios do governo, do gabinete de segurança institucional da presidência da república e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Brasil, 2019f; 2020c). Em 2021 o nome da SENAD foi alterado para *Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos* (Brasil, 2021d).

A partir de 2023 no Governo Lula o CONAD voltou a contar com participação de representantes de diferentes conselhos de classes, da sociedade civil que desenvolvam atividades relacionadas às políticas de drogas e de organizações que foram escolhidas por meio de eleição. Segundo noticiado na página do Ministério da Justiça, a pluralidade da composição do Conselho foi garantida por meio da organização de eixos temáticos: a) acolhimento, ajuda mútua e reinserção social; b) saúde, prevenção e redução de danos; c) direitos humanos, antirracismo e acesso à justiça; d) ciência e pesquisa (Brasil, 2023d; Sociedade [...], 2023). Não foram observadas outras mudanças com relação a política de drogas em 2023.

O quadro abaixo (QUADRO 2) apresenta uma síntese do que foi discutido neste capítulo em relação a questão das drogas e aos órgãos responsáveis por seu controle, regulação e fiscalização.

Quadro 2 – Órgãos responsáveis pela Política de Drogas no Brasil, 1932 a 2023.

Mudanças na legislação sobre drogas – órgãos responsáveis pela regulação e fiscalização das drogas					
Ano	Legislação		Órgão responsável	Composição	Vinculação
1932	Decreto nº 20.930	Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas, regula sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas.	Departamento Nacional de Saúde Pública		
1936	Decreto nº 780	Cria Comissão permanente de fiscalização de entorpecentes	Comissão Nacional de fiscalização de Entorpecentes		Ministério das Relações Exteriores
1938	Decreto nº 2.953	Modifica o art. 2º do decreto nº 780, de 28 de abril de 1936 que criou a Comissão Permanente de Fiscalização de Entorpecentes	Presidida pelo Diretor Nacional de Saúde		

1964	Lei nº 4.483	Reorganiza o Departamento Federal de Segurança Pública	Serviço de Repressão a tóxicos e Entorpecentes		Polícia Federal de Investigações
1976	Lei nº 6.368	Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica	Sistema Nacional Antidrogas	Ministério da Saúde	
1980	Decreto nº 85.110	Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes	Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização, e Repressão de entorpecentes	Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) órgão central	
1993	Lei nº 8.674	Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes	Secretaria Nacional de Entorpecentes		Ministério da Justiça
1998	Decreto nº 2632	Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas	Sistema Nacional <b>Antidrogas</b> (Sisnad)	Conselho Nacional <b>Antidrogas</b> (CONAD) órgão normativo  Secretaria Nacional <b>Antidrogas</b> (SENAD) órgão executivo	<b>Casa Militar</b> da Presidência da República
2000	Decreto nº 3.696	Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas	Sistema Nacional <b>Antidrogas</b> (Sisnad)	Conselho Nacional <b>Antidrogas</b> (CONAD) órgão normativo  Secretaria Nacional <b>Antidrogas</b> (SENAD) órgão executivo	<b>Gabinete Institucional</b> da Presidência da República
2006	Lei nº 11.343	Institui o 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 e define crimes	Sistema Nacional <b>Sobre Drogas</b> (Sisnad)	Conselho Nacional <b>Antidrogas</b> (CONAD) órgão normativo  Secretaria Nacional <b>Antidrogas</b> (SENAD) órgão executivo	<b>Gabinete Institucional</b> da Presidência da República

2008	Lei nº 11.754	Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nºs 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências.		Conselho Nacional <b>sobre</b> Drogas (CONAD) órgão normativo  Secretaria Nacional <b>sobre</b> Drogas (SENAD) órgão executivo	Gabinete Institucional da Presidência da República
2011	Decreto nº 7.426	Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União.		Conselho Nacional <b>sobre</b> Drogas (CONAD) órgão normativo  Secretaria Nacional <b>sobre</b> Drogas (SENAD) órgão executivo	Ministério da Justiça
2017	Portaria Interministerial nº 2	Institui o comitê Gestor Interministerial, espaço de articulação e integração de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à inserção social	Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho	Conselho Nacional <b>sobre</b> Drogas (CONAD) órgão normativo  Secretaria Nacional <b>sobre</b> Drogas (SENAD) órgão executivo	Ministério da Justiça
2019	Decreto nº 9.761	Aprova Política Nacional sobre drogas	Ministério da Cidadania e Ministério da Justiça	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção sobre Drogas (SENAPRED)  Secretaria Nacional <b>sobre</b> Drogas	Ministério da Cidadania

				(SENAD) órgão executivo  Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD)	Ministério da Justiça
2019	Lei nº 13.840	Altera a lei 11.343 de 2006 (entre outras)			
2021	Decreto nº 10.785	Modifica o nome da SENAD		Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD) órgão normativo  Secretaria Nacional sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD) órgão executivo	Ministério da Justiça e Segurança Pública  Ministério da Cidadania
2023	Decreto nº 11.480	Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas		Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD) órgão normativo  Secretaria Nacional sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD) órgão executivo	Ministério da Justiça e Segurança Pública

Fonte: Elaboração própria com base nas normativas apresentadas

Tendo em vista o exposto acerca da posição do Brasil em relação ao debate internacional sobre drogas, no próximo capítulo discutiremos como ela incidiu sobre a atenção ao usuário e também de que forma as CTs, objeto deste estudo, começam a se colocar como recurso de cuidado.

### **3. A REFORMA PSQUIÁTRICA E ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL**

#### **3.1 Primórdios da atenção em saúde mental no Brasil**

De acordo com Resende (2000), o tema da loucura no Brasil permaneceu silencioso por quase 300 anos. O autor explica que por muito tempo os loucos eram socialmente tolerados, com exíguos relatos de sua permanência em Santas Casas de Misericórdia ou prisões, provavelmente em razão da cultura rural do país e do fato de as cidades serem pouco populosas. No entanto, por inúmeras questões, no início do século XIX algumas cidades cresceram e foram tomadas por massas de *desocupados*, *vadios* e *desordeiros*, tornando-se objeto de preocupação das autoridades. Os loucos foram incluídos nesse grupo e, junto com os demais, considerados inconvenientes. Como apontam Oda e Dalgallarondo (2004) e ainda Devera e Costa-Rosa (2007), as Santas Casas de Misericórdia e prisões tornaram-se o destino destes que eram vistos como vadios, criminosos, loucos, num processo legitimado pela opinião pública. Ali os loucos foram expostos a maus-tratos, punições, doenças e por consequência morte. Caso fossem calmos, ainda que perambulassem pela cidade, recebiam a caridade da sociedade. Se fossem de famílias abastadas, eram tratados em domicílio ou enviados para outros países.

Oda e Dalgallarondo (2005) e Devera e Costa-Rosa (2007) explicam que a necessidade de um estabelecimento próprio para o tratamento da loucura surgiu a partir de 1830 quando médicos da Academia Imperial de Medicina atentaram para as condições insalubres e desumanas de tratamento dispensado aos loucos nas cadeias e Santas Casas. Eles reivindicavam a prerrogativa de cuidar da questão da loucura, mobilizando a opinião pública para a construção de um espaço específico para atender os alienados<sup>16</sup>. Em 1852 foi inaugurado o Hospício Dom Pedro II, que levava o nome de seu fundador. Ainda assim, a direção do hospital era controlada por religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Outros hospícios que foram sendo construídos em diferentes estados, contavam com espaços improvisados e poucos médicos. Em 1886 Teixeira Brandão tornou-se o primeiro

---

<sup>16</sup> Expressão que tem a mesma origem etimológica de estrangeiro, de outro mundo, alienígena. Denominação dada por Philippe Pinel que fundou a psiquiatria com o nome de *alienismo*, dedicado ao estudo da alienação mental (AMARANTE, 2006).

psiquiatra a dirigir o Hospício Dom Pedro II (Costa, 2007; Oda; Dalgalarondo, 2005; Resende, 2000).

A institucionalização da loucura, que surgiu também como resposta à reivindicação da população que considerava o louco como ameaça à paz e à ordem social, demonstra, para Resende (2000), a função segregadora do hospital psiquiátrico. Essas instituições deveriam remover os loucos da rua e em seguida abrigá-los, alimentá-los, vesti-los e tratá-los, porém o autor avalia que a tendência era apenas a remoção das pessoas da rua, sendo os outros objetivos pouco praticados pelos hospícios. O tratamento, como lembram Devera e Costa-Rosa (2007), deveria se dar a partir do tratamento moral, isolamento e disciplina, mas na prática não havia assistência, e sim violência e exclusão, em geral direcionadas à parcela mais pobre da sociedade. Costa (2007) explica que a psiquiatria no Brasil era “atrasada” e acabava por reproduzir as práticas de leigos ou religiosos que administravam os hospitais. Em 1890 foi criada a Assistência Médico-Legal a Alienados (AMLA) com o objetivo de modernizar a psiquiatria, tornando-a científica. Em 1903 Juliano Moreira assumiu a direção da AMLA e também do Hospital Nacional de Alienados, nome adotado para o Hospício de Pedro II após a Proclamação da República. Nesse período foi promulgada a Lei nº 1.132 de 1903, que reorganizava a assistência psiquiátrica, que, dentre outras coisas, proibia a permanência dos chamados alienados em cadeias públicas e ainda exigia a inspeção dos hospitais psiquiátricos no país (Brasil, 1903; Costa, 2007).

Costa (2007) considera que, apesar de ter obtido reconhecimento jurídico e consolidação de mecanismos institucionais para formação de psiquiatras, a psiquiatria ainda enfrentava dificuldades em delimitar o próprio campo de atuação, ao desenvolver uma tendência em explicar problemas de ordem psíquica, cultural e social pela ótica biológica. Em outras palavras, o “biologismo”<sup>17</sup> passou a ditar o modo de funcionamento das instituições sociais. O autor pondera que não se tratava de reconhecer mecanismos biológicos do funcionamento humano, e sim de uma influência biologizante ideológica que era reforçada pelos preconceitos daquele período. Tendência que, segundo Amarante (2006), pretendia a construção de um ideal de normalidade. Para Resende (2000), a psiquiatria, entendida como reestabelecimento da ordem, tornou-se dogma para os psiquiatras que compunham a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Esta entidade, como será visto adiante, foi fundada no Rio de Janeiro com objetivo inicial de melhorar a assistência oferecida aos alienados, mas em poucos anos os projetos iniciais foram

---

<sup>17</sup> Redução dos diversos aspectos da vida ao aspecto biológico.

desviados tornando a proposta eugênica o objetivo principal desta organização (COSTA, 2007).

### **3.1.1. O consumo de álcool e o movimento higienista**

Desde o século XIX o país acatou ideias de estudiosos europeus sobre os prejuízos do álcool, mesmo que em doses moderadas. Contudo, eles eram menos associados à saúde das pessoas do que aos transtornos que poderiam causar à sociedade. Nesse sentido, o uso de álcool costumava ser considerado problemático, e até condenável, entre os pobres. Quanto aos ricos, bebiam sem que lhes fossem imputados qualquer juízo de valor (Petuco, 2019; Carneiro, 2002). No início do século XX, o uso de álcool já se fazia notar enquanto problema social, o uso de drogas, por outro lado, ainda não era uma preocupação. Embora os higienistas não tivessem estas substâncias como foco de suas intervenções, considerando seu uso como *toxicomanias menos comuns*, já reconhecia e descreviam alguns efeitos desse consumo (Ramos, 2012).

Esse período, entre o fim do século XIX e início do século XX, foi marcado pela transição do trabalho escravo para o trabalho livre e pela intensa e rápida migração do campo para a cidade (Ramos, 2012). Exemplo disso foi a cidade do Rio de Janeiro, na época capital do país, em que a população obteve um crescimento significativo, migrando de 275 mil habitantes em 1872 para mais de um milhão de habitantes em 1920 (Menezes, 2007). Ramos (2012) ressalta que esse processo de urbanização foi acompanhado pelo aumento da miséria e de problemas sanitários, e que havia massas de pessoas pelas ruas, muitas em uso de álcool e drogas, em um contexto de desemprego e ausência de políticas de moradia, educação, assistência social e cultural. A autora chama atenção que esse cenário conturbado era lido como efeito de uma crise moral da sociedade e não como resultado da organização econômica. Segundo ela,

[...] eram justamente a miséria, ao lado da loucura, do alcoolismo, da vagabundagem, criminalidade e outros fatores de degeneração da raça, as causas fundamentais atribuídas pelos higienistas ao subdesenvolvimento nacional do capitalismo (Ramos, 2012, p.28).

De acordo com Costa (2007), o Brasil ainda enfrentava uma série de revoltas e tensões, justificadas pela elite brasileira como resultado do clima tropical do país e da constituição étnica do povo. Sobre a primeira variável nada poderia ser feito, mas em relação à segunda era possível uma prática de controle social sob o pretexto de defender a democracia e o progresso do país. Segundo Ramos (2012), nesse período acreditava-se que

era necessária uma política higienista e eugênica para solucionar os problemas que se apresentavam, fossem de ordem social, moral, cultural ou mesmo econômica. O higienismo tratava de educar o homem com relação aos preceitos essenciais de cuidado em saúde, baseado em conhecimentos da física e das ciências naturais e médica. A eugenia buscava formar um tipo morfologicamente ideal, focada em aspectos genéticos e hereditários. Já com relação à higiene mental, seu principal objetivo era prevenir *distúrbios mentais*. Costa (2007) descreve o primeiro momento da eugenia, entre 1926 e 1930, como prevenção de doenças mentais, apoiado na premissa que estas eram herdadas de ancestrais. A partir de 1931 as medidas eugênicas interferiram no âmbito político-social, e se voltaram para um saneamento racial. Baseado na crença que atributos psíquicos de indivíduos não brancos eram em si patológicos, esse modelo foi acatado pelos psiquiatras brasileiros, ainda que desprovido de fundamentação teórica.

A LBHM, fundada em 1923, concentrava as ações eugênicas e higienistas em psiquiatria e era uma organização civil considerada de utilidade pública pelo governo. Era formada pela elite intelectual e política do país e tinha por objetivo a reorganização de áreas urbanas, práticas de saúde e higiene, prevenção e manutenção da saúde mental da população, compreendida como disciplinarização dos indivíduos. Num primeiro momento, era baseada na psiquiatria tradicional e sua atenção era voltada prevenção de doenças mentais (Brasil, 1923; Carvalho, 2012). De acordo com Carvalho (2012) e Ramos (2012), o combate ao alcoolismo assumiu lugar de destaque pois se acreditava que o álcool estava na gênese das doenças mentais e tinha potencial para desestabilizar a ordem social. Em associação com essas ideias, os usuários de bebida alcóolica eram considerados *degenerados*. Esta categoria, contudo, era usualmente aplicada aos trabalhadores pobres, para os demais cabia a de *moderados*. Repetia-se uma distinção que remontava ao período colonial, onde o valor atribuído à bebida alcoólica e ao seu usuário estava mais ligado a uma questão social do que a uma matéria médica ou biológica. O diagnóstico de alcoolismo refletia, portanto, uma concepção moral, e o remédio para esse mal era a *ordem* (Carvalho, 2012; Petuco, 2019).

Segundo Costa (2007), as campanhas antialcoólicas promovidas pela LBHM pareciam ter encontrado um ponto de saturação em 1930, porém retornaram de forma intensa no ano seguinte com apoio do governo, sendo preocupação dominante do Poder Público. A partir daí o recém-criado Departamento Nacional de Saúde passou a apoiar a LBHM, que nesse período estendeu suas ações a todo a população brasileira enquanto

prática de higiene social baseada nos princípios eugênicos. Esta era uma ação dita necessária pois, para os representantes da LBHM, aquele que se desviava dos ditames sociais era considerado potencialmente perigoso para o progresso da nação. Deveria ser privado de sua liberdade e, quando liberto, vigiado por algum tempo. Isso, entretanto, não era suficiente. *Inaptos* e *degenerados* não poderiam perpetuar pois não possuíam capacidade matrimonial, e pais *ébrios* deveriam perder a guarda dos filhos. Renato Kehl, fundador da Sociedade Eugênica de São Paulo e membro da LBHM, chegou a defender a esterilização dos ditos degenerados (alcoolistas, leprosos, loucos, idiotas, epiléticos, cancerosos, tuberculosos, prostitutas, vagabundos), além de medidas complementares e modelos preventivos da degenerescência, como exame pré-nupcial (investigação sobre a saúde destes por familiares) e de sanidade mental. Também propôs que o serviço social investigasse famílias e escolas a fim de localizar e tratar potenciais doentes ou predispostos antes mesmo do surgimento dos sintomas. Havia ainda recomendação da criação de asilos ou instituições congêneres para os que faziam uso de álcool (Carvalho, 2012). Com relação aos consumidores de drogas, os decretos que surgiram previam apenas a exclusão destes do convívio social. O tratamento para pessoas adoecidas pelo consumo de álcool era prioritariamente a internação nos hospícios e sanatórios. Havia questionamentos sobre se os *degenerados* enlouqueceriam em meio aos loucos e por isso a proposta de criação de instituições específicas destinadas aos consumidores de álcool (Machado e Miranda, 2007; Ramos, 2012).

Petuco (2019, p.81) expõe em seu livro as divergências entre o sanitário Décio Parreiras e o higienista Ernani Lopes a partir de publicações de ambos da década de 1950 sobre o alcoolismo. Ernani Lopes defendia que a única forma de combater o alcoolismo seria por meio da abstinência, pois de outro modo não seria possível observar quando um uso controlado de álcool se tornaria alcoolismo. Assim, convocou a todas as pessoas “sóbrias e controladas” a dar o exemplo de nunca mais consumir bebidas alcoólicas a fim de extinguir a indústria do álcool. Essa posição contrariava a postura da Organização Mundial de Saúde (OMS) que orientava que o uso prejudicial de álcool fosse tratado como doença, o que Lopes compreendia como uma política permissiva. Por outro lado, Décio Parreiras defendia a posição da OMS, considerando que apenas o uso prejudicial deveria ser tratado como problema e passou a criticar as Semanas Antialcoólicas, argumentando que deveriam se chamar Semana Contra o Alcoolismo, se fosse o caso, mas ponderava que anos de campanha antialcoólica não resolveram a questão. Além disso, julgava injusto e

impraticável privar a maior parte da população do uso do álcool por uma minoria que adoecia por esse uso. De acordo com Ramos (2012), ainda que muitos médicos demonstrassem preocupação com o hábito de consumir álcool como algo que poderia culminar na desorganização psíquica do indivíduo, influenciar na ordem social e até extinguir a espécie humana, não havia consenso entre esta categoria sobre essa posição.

Petuco *et al* (2023) indicam que houve uma mudança discursiva no campo das drogas entre as décadas de 1950 e 1960. Progressivamente a narrativa eugênica sobre os riscos que as drogas representavam para a raça foi desaparecendo e, após um período silencioso, emergiu na década de 1970 um discurso psiquiátrico que encarava as drogas como um plano comunista ameaçador à segurança nacional e à moral da juventude. Nesse contexto, os hippies e estudantes ligados ao movimento estudantil tornaram-se o novo objeto do discurso da psiquiatria.

### **3.2. A medicalização do uso de drogas a partir da década de 1970**

A despeito dos debates da primeira metade do século XX sobre a especificidade do tratamento de usuários de álcool e outras drogas, as ações assistenciais voltadas exclusivamente para este público eram quase inexistentes (Machado e Miranda, 2007). Porém, a partir da década de 1970 é possível observar a construção de modalidades de atenção a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Bittencourt (1986) analisa que o campo das drogas passa a ser assunto médico por meio das Leis nº 5726 de 1971 e nº 6.368 de 1976, conforme o quadro abaixo (Quadro 3). Nele se percebe que o controle do consumo de drogas ilícitas, legitimado pelo saber psiquiátrico, foi acompanhado da indicação de internação dos usuários em hospitais psiquiátricos ou de sua permanência em regime extra-hospitalar (Brasil, 1971; 1976; Ramos, 2012).

**Quadro 3 - Comparação das Leis de 1971 e 1976**

<b>Lei 5.726 de 1971</b>	<b>Lei 6.368 de 1976</b>
<b>Viciados que praticarem crime (Art. 9º) quando não entenderem o caráter ilícito do fato terão internação determinada pelo juiz em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação (Art. 10º).</b>	É competência dos órgãos (no âmbito federal, estadual, distrital e municipal) que compõem o Sistema Nacional Antidrogas exercer ações de (Art. 3º) prevenção do uso indevido, tratamento, recuperação e reinserção social de <i>dependentes</i> de substâncias entorpecentes ou drogas que causem dependência física ou psíquica (Art. 3º, I). É de competência privativa do Ministério da Saúde, por meio de órgãos especializados, baixar instruções sobre proibição, limitação, fiscalização e controle de produção, do comércio e de substâncias entorpecentes ou que causem dependência física ou psíquica e de especialidades farmacêuticas que as contenham (Art. 6º).
<b>Quando o vício apenas diminuir sua capacidade de entender o ato, sua pena será</b>	Serviços de saúde (dos Estados, Territórios e Distritos) contarão sempre que necessário com estabelecimentos próprios para tratamento dos

<p><b>atenuada ou substituída por internação hospitalar pelo tempo necessário (Art. 11º)</b></p> <p><b>Se, em cumprimento da pena, o condenado, semi-inimputável, se recuperar do vício por tratamento médico, poderá ser declarada por juiz extinta a punibilidade (art. 11º, §1º).</b></p> <p><b>A pena será substituída obrigatoriamente por internação caso o agente tenha entre 18 e 21 anos (art. 11º, §2º).</b></p>	<p>dependentes das substâncias a que essa lei se refere (Art. 9º). Enquanto esses estabelecimentos não existirem, serão adaptadas unidades para este fim na rede existente (Art. 9º, §1º). O Ministério da Previdência e Assistência Social deverá observar estas normas para sua rede de serviços (Art. 9º, §2º).</p> <p>Será obrigatório tratamento em regime de internação hospitalar quando o quadro clínico do <i>dependente</i> ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem (Art. 10º).</p> <p>Quando não houver necessidade de internação, o <i>dependente</i> será submetido a tratamento extra-hospitalar, com assistência do serviço social (Art. 9º, §1º).</p> <p>O <i>dependente</i> que estiver cumprindo pena de prisão ou medida de segurança terá tratamento em ambulatório interno do sistema penitenciário (Art. 11º).</p>
--	--

Fonte: Brasil (1971, 1976)

Machado e Miranda (2007) explicam que a influência da medicina a partir daí contribuiu com subsídios técnico-científicos que legitimavam a necessidade do controle das drogas, contribuindo para uma apreciação técnica no campo jurídico, e não mais subjetiva por parte do juiz. De acordo com a legislação, em casos em que houvesse entendimento de que a situação clínica ou manifestações psicopatológicas *exigissem* tratamento, ele seria compulsório, tendo o usuário de drogas cometido crime ou não (Brasil, 1976; Ramos, 2012). A internação do *dependente* deveria ser determinada por laudo médico, que apontaria se este estava em condições psíquicas ou não de responder por seus atos. O tratamento psiquiátrico visava, por meio do isolamento, proteger a sociedade da exposição ao *dependente*, considerado potencialmente perigoso, assim como protegê-lo das fontes de adoecimento. No mais das vezes considerado irresponsável, inimputável e inimigo social, o dependente era destinado à exclusão social e sua segregação determinada pelo psiquiatra, e não mais pelo poder judiciário (Bittencourt, 1986). Isso não destituiu a importância da Justiça no tema, pois o uso indevido de drogas percebido com valor negativo, como um mal e um ataque à saúde se manteve como uma visão legitimada pela lei e tornou-se também ordenada pela medicina. A punição não seria mais o único objetivo do sistema de justiça. A partir do momento que o uso prejudicial de drogas se tornou uma questão médica, a psiquiatria incorporou o usuário à sua racionalidade, dispensando a este, atenção científica (Bittencourt, 1986; Machado; Miranda, 2007).

Bittencourt (1986) teceu algumas observações sobre o lugar da psiquiatria ainda nesse período. Considera que a medicina moderna ocupava o lugar social antes atribuído ao padre como agente regulador do comportamento moral. A origem da dor e do sofrimento, antes espiritual, passou a ser o corpo e o psiquismo, tratado então pelo médico

e pelo psiquiatra respectivamente. Se, por um lado, a medicina representava a tentativa de abolição da doença, de outro lado revelava seu papel enquanto conservadora da ordem por meio da extinção de comportamentos incompatíveis com valores universais. A psiquiatria, nesse sentido, se insere como um polo de poder do Estado enquanto dispositivo de organização da população, sobretudo as camadas marginalizadas, consideradas opositoras à ordem vigente. A recusa à estrutura social instituída tornou-se uma manifestação patológica, como o caso do *drogado* que, ao embaralhar os códigos sociais, econômicos e políticos, confronta toda ordem e estrutura social. A autora explica, a partir de Gilberto Velho, que esse sujeito usuário de drogas provoca intolerância por parte do Estado e das famílias ao representar a “falência de mecanismos de controle sociais e da domesticação”, enquanto alguém que rejeita a preocupação com o futuro distante, que demonstra interesse em dinheiro apenas para gastos imediatos e não tem pretensão de ascensão social (Bittencourt, 1986, p. 96). Ela salienta que não pretende desconsiderar a necessidade de cuidados a algumas pessoas na condição de uso prejudicial de álcool e outras drogas, porém comprehende que nem todo uso precisaria ser considerado problema médico ou psicológico, e questiona se haveria possibilidade do uso de drogas se constituir como desejo e não como falta. A patologização de comportamentos estigmatizados e o discernimento entre o que é normal *versus* anormal transformaram-se em mecanismos de controle social e político por meio da psiquiatria.

No Brasil dos anos 1960, esse controle era exercido nas internações psiquiátricas e também nos grupos de ajuda mútua e as comunidades terapêuticas (CTs), ambos com objetivo de tratar especificamente pessoas em uso de álcool ou de drogas. Formados pelos usuários de álcool ou de drogas, os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA) têm como propostas reuniões regulares para aprender a lidar com a “dependência” e “estabelecer a abstinência”, baseados numa concepção moral (Machado, 2006, p. 33). O AA chegou ao Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, em 1947, mas só foi formalizado em 1969 (Justo, 1994; Sobral *et al*, 2020). O grupo não se baseia em nenhum método científico ou estatutos, e sim em troca de experiências. O trabalho é realizado sem fins-lucrativos e de forma voluntária, sem hierarquia ou regras pré-determinadas e é custeado por meio de doações dos próprios participantes. O AA foi fundado nos Estados Unidos da América (EUA) em 1935 por duas pessoas que se declaravam dependentes do álcool, William Griffith Wilson e Robert Holbrook Smith. Eles deram início a um grupo de ajuda mútua com alcoolistas em um hospital municipal e tiveram êxito com um dos

participantes do grupo. Em 1939 publicaram o livro Alcoólicos Anônimos, que deu nome à Irmandade e apresenta os Doze Passos, princípio que orienta o processo de recuperação proposto. É considerado a base do método do AA (Oliveira; Menandro, 2001; Rodrigues; Almeida, 2002).

O AA teve forte influência do Movimento Oxford, grupo religioso fundado na década de 1920 por um ministro evangélico que tinha como objetivo o renascimento espiritual dos cristãos. Dentre outras questões, o movimento preocupava-se também com pessoas em sofrimento psíquico decorrente de transtorno mental ou uso de álcool. As principais influências desse grupo em relação ao AA estão na confissão e na crença em um poder superior, além da consideração de que o uso prejudicial de álcool uma doença da mente, das emoções e do corpo. O AA tem foco na espiritualidade e não na religião (De Leon, 2014). Já o grupo NA foi adaptado a partir do AA na década de 1950 e, no mesmo molde, não atua a partir de profissionais e sim oferecendo espaço para que os grupos aconteçam. Ambos têm atuação baseada no modelo Minnesota, composto de técnicas psicológicas e pelos Doze Passos. Além destes, foram criados o Al-Anon e AL-teen, formados por familiares e filhos de pessoas em uso prejudicial de álcool (Reis, 2012).

Outra instituição existente no Brasil já à época para o tratamento de usuários de álcool e drogas eram as Comunidade Terapêuticas (CT). Instituições de modelo residencial que têm na convivência entre pares, na espiritualidade e na laborterapia seus principais instrumentos terapêuticos. Foram fundadas no Brasil a partir da década de 1960. Embora as informações sobre as CTs sejam pouco precisas, sabe-se que até a década de 1980 existiam 108 estabelecimentos desse tipo no Brasil. Nas décadas seguintes se expandiram por todo o país (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2017). Objeto desta dissertação, as CTs serão discutidas em profundidade nos próximos capítulos.

A partir da década de 1980, foram criados os primeiros centros de tratamento para usuários de álcool e outras drogas ligados direta ou indiretamente ao poder público, muitos deles vinculados a universidades públicas. São elas: Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), Centro de recuperação de dependentes químicos (CREDEQ), Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (Cordato), Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad), Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) (MACHADO, 2006). A maioria desses

serviços promoviam ações de prevenção, redução de danos, atenção a familiares, garantiam anonimato (importante para pacientes tinham medo de serem denunciados à polícia), empreendiam pesquisas sobre o tema das drogas (CEBRID, 2022, CETAD, s.d.; Passos; Camacho, 1998; Vasconcelos *et al.*, 2010).

A criação dessas instituições foi favorecida pela Lei nº 6.368 de 1976. Eram voltadas para usuários de drogas ilícitas excluindo do atendimento dependentes de álcool, o que demonstra que essas ações tinham relação com os compromissos internacionais para o controle de drogas, em vez de estarem comprometidas com as demandas de consumo do país. Em 1988 o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) reconheceu e atuou para promover tais instituições à condição de centros de referência. Por meio de um documento intitulado Política Nacional na Questão das Drogas, propôs que fossem criados centros de tratamento que cuidassem de usuários de drogas lícitas e lícitas. Além do atendimento, prestado sem viés moralista ou repressivo, esses centros deveriam atuar na produção científica vinculada a instituições universitárias. A política ainda defendia que o sistema de saúde deveria atender de maneira a não causar estigma, utilizando-se de ambulatórios e, em caso de internação, hospitais gerais (Machado, 2006; Machado; Miranda, 2007).

Segundo Ramos (2012), embora o modelo de isolamento dos hospitais psiquiátricos já fosse considerado ineficiente, ainda era a principal opção para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e de pessoas em uso prejudicial de drogas. Vaissman, Ramôa e Serra (2008) observaram que até a década de 1970 a alternativa à internação tinha um alto custo. Para as autoras, a lacuna deixada pelo Estado no atendimento a esse público propiciou a oferta de tratamento por estabelecimentos privados com possibilidade de lucro. Como se pode observar, embora fossem criados espaços de atendimento a usuários de drogas, estes eram insuficientes, o modelo de cuidado era majoritariamente baseado na internação e/ou abstinência e não havia articulação com sistema ambulatorial e os atendimentos disponíveis não partiam do sistema público de saúde (Cruz, 2005; Vaissman; Ramôa; Serra, 2008). Havia um vazio no que dizia respeito à construção de uma política pública de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas, com insuficiência ou ausência de serviços públicos desde que se compreendeu esse uso como possível demanda para algum tipo de tratamento. Deste modo, essa questão ficou a cargo das instituições de segurança e justiça e associações religiosas e benéficas, possibilitando que instituições de caráter fechado, disciplinar e muitas vezes religioso, fossem disseminados no país (Brasil, 2003).

Machado (2006) apresenta três documentos sobre a questão do álcool e outras drogas que a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde elaborou ainda na década de 1980 e que demonstram algumas das inquietações com relação a esse tema naquele período. São eles: a) Subsídios para o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo, de 1981, que reconheceu a escassez de informações sobre o consumo de álcool no país, o que dificultaria conhecer os problemas associados a esse consumo; b) Proposta para o Programa Nacional de Prevenção, Recuperação e Ressocialização de Usuários de Drogas e Bebidas Alcoólicas, de 1986, que propôs uma reorganização do atendimento de álcool e outras drogas e criticou a abordagem médica/hospitalar no tratamento desses usuários; c) Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o consumo de Álcool (PRONAL), estabelecido em 1988, que preconizou que o tratamento fosse realizado prioritariamente pela atenção primária e que houvesse redução da oferta de álcool, capacitação de profissionais, apoio à pesquisa sobre o tema e mudança na legislação sobre propaganda de bebidas alcoólicas. Essas propostas não estavam articuladas às políticas de saúde e o programa não chegou a ser implementado.

Nesse período já se iniciava o movimento pela Reforma Psiquiátrica, mas a necessidade de um cuidado específico a usuários de álcool e outras drogas ainda não era abordada (Machado, 2006). Ainda que a influência da psiquiatria tenha favorecido a transição do discurso sobre as drogas do campo jurídico para o campo da saúde pública, até a década de 1990 as principais informações sobre uso de drogas no Brasil eram oriundas de dados hospitalares, policiais e do Instituto Médico Legal, ou seja, baseados principalmente no tráfico e no consumo de drogas ilícitas, o que reflete uma realidade parcial. Vale dizer que o Brasil era o mais atualizado em dados epidemiológicos sobre o consumo de drogas naquele período em comparação aos outros países da América do Sul. Porém, os levantamentos e pesquisas sobre o consumo de drogas eram fragmentados pois não alcançavam a população geral (Bucher, 1992; Vargas; Campos, 2019).

### **3.2.2. Sobre a Reforma Psiquiátrica**

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um movimento complexo, composto por um processo histórico de lutas, transformação de valores, saberes e práticas com intuito de questionar e transformar o modelo manicomial, e que propõe a tarefa de inventar novas tecnologias e dispositivos de cuidado (Tenório, 2002). Alinhado à Reforma Sanitária que

tinha por objetivo a transformação da saúde no Brasil, o movimento de RP teve início nos últimos anos da década de 1970, período de intensos movimentos sociais pela redemocratização do país e de reformulação da atenção em saúde que culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (Amarante, 2015; Devera; Costa-Rosa, 2007). Segundo Devera e Costa-Rosa (2007), na década de 1960 já havia movimentos pela transformação da atenção ao sofrimento psíquico por meio de eventos e congressos relacionados ao tema da psiquiatria ou da saúde mental que propunham a reestruturação do atendimento neste campo e a criação de serviços extra hospitalares. No âmbito federal, a DINSAM foi reestruturada em 1974 em consonância com essa proposta. No entanto, com a substituição do ministro da saúde no ano seguinte, as experiências que estavam sendo realizadas foram interrompidas e o hospital psiquiátrico voltou a ser privilegiado por meio da Lei nº 6.229 de 1975<sup>18</sup>. Os profissionais que estiveram à frente dos movimentos de reforma se mantiveram organizados por meio de encontros regionais promovidos pela DINSAM. Importante destacar a perseverança desses profissionais mesmo quando a configuração política não estava favorável a essa pauta.

A partir de uma crise que se instaurou na DINSAM em 1978, um coletivo de trabalhadores, formado principalmente por profissionais de saúde mental, criou o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e passou a denunciar uma série de maus tratos que ocorriam dentro das instituições psiquiátricas e, para tanto, ocupava espaços como sindicatos, associações e partidos políticos, assumindo assim essa agenda. Por meio desses espaços e do Centro Brasileiro e Estudos de Saúde (CEBES), criado naquele período, o MTSM pôde articular-se em nível nacional. Os eventos que se seguiram possibilitaram que o debate sobre a loucura fosse transportado de dentro dos hospícios para fora, alcançando a sociedade (Amarante, 2007; Devera; Costa-Rosa, 2007). Para Amarante (2015), inaugurou-se assim a Reforma Psiquiátrica brasileira.

As principais críticas aos hospitais psiquiátricos eram, em primeiro lugar, em relação aos maus-tratos e violações de direito que ocorriam dentro desses espaços. Essas críticas, porém, não apresentavam uma proposta que rompesse com o modelo manicomial, pois não questionava os pressupostos da psiquiatria enquanto lugar de exclusão e sim os excessos ou desvios que ocorriam nesses espaços. Propor a humanização desses espaços

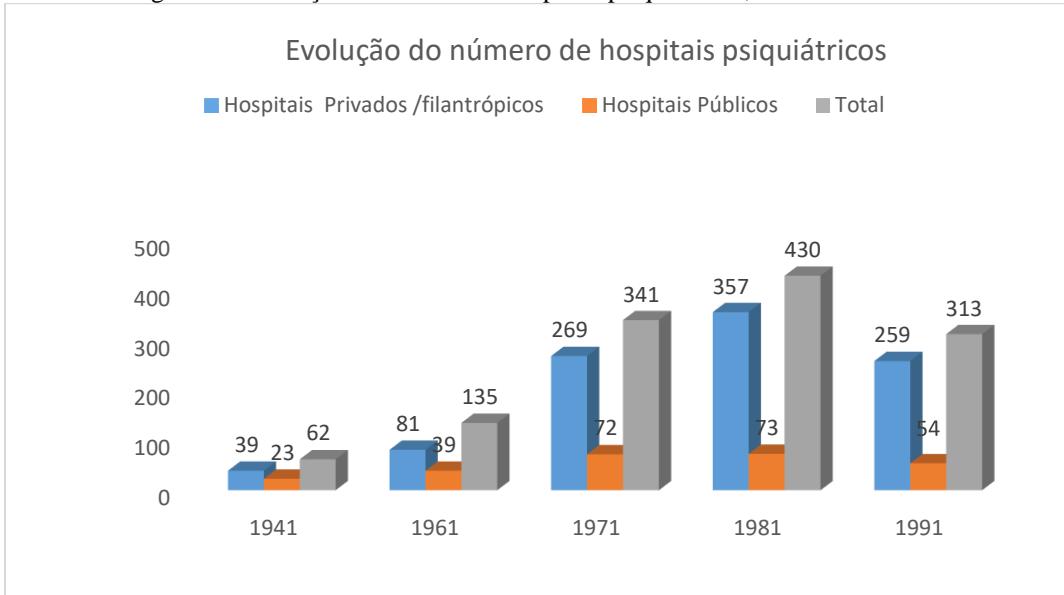
---

<sup>18</sup> Esta lei organizava o Sistema Nacional de Saúde, que seria constituído pelo setor público e setor privado voltados para ações de interesse da saúde (BRASIL, 1975).

significa reproduzir o modelo manicomial, que pode ser considerado dispositivo de alienação, isto é, que afasta o sujeito da sociedade, mantendo-o isolado por meio de práticas que desconsideravam sua cidadania e singularidade (Amarante, 1994; Guljor, 2003; Tenório, 2002).

Na época em que se iniciou o Movimento de RP existia um número altíssimo e crescente de leitos ocupados em hospitais psiquiátricos. Da década de 1940 à década de 1970, os leitos psiquiátricos privados foram de três mil para noventa mil. O mesmo não ocorreu com o número de leitos públicos (21 mil na década de 1940), que se manteve estável nesse período (Amarante, 2006; Resende, 2000). De acordo com Resende (2000) o ano de 1964 foi marcado por uma lógica privativista, em que a contratação de assistência médica particular, prioritariamente curativista, ganhou força com o estabelecimento de convênio entre Governo Federal e a assistência médica particular. Essa oferta de atendimento era destinada a trabalhadores de carteira assinada e seus dependentes, que eram vinculados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Amarante (1996) aponta que este convênio, que se estendia à assistência psiquiátrica, foi proposto pelo ministro da saúde na década de 1960, Leonel Miranda, ele mesmo dono da Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi, hospital psiquiátrico que chegou a ter 2500 leitos financiados também por esse convênio. Resende (2000) destaca que esse arranjo ampliou a cobertura das internações psiquiátricas, que antes era feita em sua maioria ao “doente mental indigente”, para a massa de indivíduos vinculados ao INPS. O gráfico abaixo (FIGURA 6) demonstra a evolução do número de hospitais psiquiátricos entre 1941 e 1981, que transitou de 39 para 357. No caso de hospitais psiquiátricos públicos, houve um aumento de 23 para 79 no mesmo período. Segundo Basaglia *et al* (1994) e ainda Resende (2000) era expressivo o número de internações realizadas a partir de diagnósticos imprecisos ou sem respaldo científico. Corroborando esta informação, o Painel Desinsititute (2021) aponta que as internações eram permeadas por questões políticas e sociais, voltadas para pessoas em situação de rua, portadoras de deficiência ou em vulnerabilidade político-social. Deste modo, Resende (2000) afirma que a psiquiatria estaria cumprindo a função de esconder problemas sociais que teria no hospício a única solução possível. Para Basaglia *et al* (1994), essa ação segregadora seria um mandato social da psiquiatria, que era desenvolvido passivamente pelo médico.

Figura 6 – Evolução do número de hospitais psiquiátricos, Brasil 1941-1991.



Fonte: Alves (1999, p. 30).

Segundo Amarante (2015), o próprio Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) diagnosticou que ocorreram 195 mil internações desnecessárias em 1977. Essa política de privatização ficou conhecida como *indústria da loucura*, na medida em que privilegiava hospitais psiquiátricos privados em detrimento dos públicos, visava internar mais e por mais tempo e investia nada ou quase nada na atenção e na hotelaria. Delgado (2019) revela que o crescimento explosivo dos leitos psiquiátricos absorvia a maior parte dos gastos do sistema de saúde, além do que, não tinha controle técnico algum. Tenório (2002) é preciso ao esclarecer a lógica de financiamento desses hospitais e seu potencial de lucro. Ele argumenta que os hospitais psiquiátricos, que eram instituições privadas com fins lucrativos, tinham na internação sua única fonte de receita, que era custeada pelo governo por paciente internado e por cada dia de internação. Deste modo, destaca três variáveis responsáveis pelo aumento de sua receita: maior número de pacientes internados, maior tempo de internação e menor gasto com a manutenção dos pacientes. Nesse contexto, tanto os hospitais psiquiátricos públicos quanto os privados conveniados eram caracterizados pela carência de recursos humanos e recursos materiais, situação de negligência, maus tratos e superlotação. As denúncias eram relacionadas à ineficiência do serviço, situação de abandono e ainda, fraude no sistema de financiamento. Ainda assim, segundo Tenório (2002), os recursos da saúde destinados à internação era 81,96% em 1985, enquanto apenas 4% eram destinados ao atendimento ambulatorial.

Devera e Costa-Rosa (2007, p.63) observam que sobre isso o Estado nada fazia: “O panorama geral da assistência psiquiátrica era sombrio”. A RP brasileira foi colocada em marcha justamente pela crítica a esse cenário e seus efeitos.

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que apontava, dentre outras questões, a necessidade de ampliação do conceito de saúde, a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátrico, a criação de serviços extra hospitalares e a reformulação da legislação em saúde mental (Yasui, 2010). Nesse período o Ministério da Saúde, por meio da DINSAM, não estava favorável à realização desta conferência, sendo ela dirigida pelo MTSM. Tinha como tema: o direito à cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, revisão da legislação e a reorientação do modelo médico-psiquiátrico de assistência. Para Tenório (2002), a I CNSM significou o fim da trajetória sanitarista do movimento de Reforma Psiquiátrica que tinha por objetivo transformar o sistema de saúde e marcou o início de um processo de desconstrução dos hospitais psiquiátricos e do modo como a sociedade lidava com a loucura. A partir do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental no mesmo ano, o MTSM se expandiu e passou a contar com a participação de usuários e familiares, tornando-se assim movimento social. Adotou a partir de então o lema *Por uma sociedade sem manicômios*, com objetivo de superar o modelo psiquiátrico e o saber médico sobre a loucura (Amarante, 2015).

Em 1992, após etapas municipais, regionais e estaduais, foi realizada a II CNSM, que reuniu 500 delegados entre usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviço, além de observadores e convidados, totalizando mais de mil pessoas. Os temas discutidos foram: crise, democracia e reforma psiquiátrica; modelos de atenção em saúde mental; direitos e cidadania. Seu relatório apontou a consolidação das conquistas e o caminho para continuar avançando e foi adotado como diretriz oficial para a reestruturação da saúde mental. Em 1993 foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, que caracterizou o Movimento da Luta Antimanicomial como independente, autônomo e plural. Ainda no mesmo ano aconteceu o III Encontro Nacional de Usuários e Familiares, que originou a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental, que reafirmava os princípios da RP (Yasui, 2010). Em 1997 ocorreu o III Encontro da Luta Antimanicomial e foi comemorado seu décimo ano de existência (Santo; Araújo, 2019). Este movimento tinha como mandato convocar a sociedade para discussão e reconstrução de sua relação com a loucura (Tenorio, 2002). Devera e Costa-Rosa (2007) avaliam as CNSM como instrumento capaz de dar voz aos atores de um nível local interessados na

transformação de um modelo vigente em todo o país. Apontam ainda os movimentos sociais, encontros, congressos e expedições de portarias como diferentes frentes de um campo de batalha em uma luta complexa.

Na virada da década de 1980 para a década 1990 destacam-se ainda alguns marcos do processo de RP. Alves *et al* (1994) consideram que a partir da CF de 1988 e da Lei orgânica de saúde 8.080/1990, construída por meio da reforma sanitária, a saúde passou a ser assegurada como direito de todos e a garantir um sistema igualitário, descentralizado e com participação social. Essas mudanças criaram um contexto privilegiado para as transformações no campo da saúde mental. Devera e Costa-Rosa (2007) citam a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas em novembro de 1990, como importante influência para o debate sobre as propostas da RP no Brasil. A Declaração de Caracas, produto desta conferência, acusa o papel centralizador dos hospitais psiquiátricos e propõe a reestruturação da saúde mental por meio de serviços que assegurem o cuidado do sujeito em seu território e respeitem a dignidade e os direitos humanos e civis.

Amarante (2015) explica que descentralização do sistema nacional de saúde, que se deu a partir da Reforma Sanitária, possibilitou que em 1989 ocorresse a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos, onde houve um processo de desmontagem de uma instituição manicomial e a implantação de uma rede de atenção à saúde mental em caráter territorial, substitutiva ao modelo psiquiátrico. Segundo Guljor (2003), esta intervenção, que culminou na criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), e outra, ocorrida em São Paulo com a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Professor Luiz da Rocha Cerqueira em 1987, são consideradas pioneiras no processo de transformação do campo da saúde mental no Brasil. Ambas tinham como proposta a assistência centrada no sujeito (e não na doença) e o rompimento com o modelo manicomial. Constituíram-se como referencial para outros serviços, sendo os termos Naps/Caps utilizados como denominação oficial dessas experiências paradigmáticas. Para Amarante (2015), o exemplo de Santos demonstrou na prática a possibilidade de transição do modelo manicomial para o modelo territorial. Nesse contexto, surgiu o projeto de lei (PL) nº 3.657 de 1989 do deputado Paulo Delgado, que dispunha entre outras coisas, da extinção progressiva dos manicômios. Este foi aprovado na Câmara dos Deputados, porém não passou no Senado Federal, e tramitou até 2001 quando foi aprovado sob o número 10.2016 e ficou conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. A proposição deste PL contribuiu para a consolidação

do debate nacional acerca da reorientação do modelo de assistência em saúde mental, popularizou a causa da RP e estimulou PLs em âmbito estadual. Entre 1992 e 1996 pelo menos oito leis estaduais que tratavam da RP foram aprovadas (Amarante, 2007; Tenório, 2002). Para Tenório (2002, p.36), a Lei da Reforma Psiquiátrica “protagonizou a situação curiosa de ser uma lei que produziu seus efeitos antes de ser aprovada”.

Embora observado o desenvolvimento da legislação em saúde mental, é importante destacar que as mudanças que se seguiram neste campo nas décadas de 1980 e 1990 resultaram de um processo de desconstrução de antigos saberes e práticas e construção de novos. Assim como a Reforma Sanitária, a RP conquistou espaço enquanto política pública, sustentando sua identidade de Movimento Social (Guljor, 2003; Yasui, 2010). Yasui (2010) e Tenório (2002) observam como saldo a criação e ampliação de movimentos de usuários e familiares e a consolidação do processo de RP na década de 1990. A partir de 1991, com a gestão de Domingos Sávio Alves, houve um redirecionamento do financiamento em saúde mental do modelo de internação para atendimento extra-hospitalar. De acordo com Yasui (2010), as portarias que foram publicadas no decorrer desta década modificaram o modelo de remuneração das internações, estabeleceram diretrizes e normas para atendimento em saúde mental e possibilitaram maior fiscalização dos hospitais psiquiátricos por parte dos estados e municípios, além de intervenção por estes entes em instituições que não observassem normas mínimas para funcionamento. Destacam-se as Portarias de nº 189 de 1991 e nº 224 de 1992, que representaram significativo avanço da RP. A primeira determinava o financiamento e reformulava o tempo e a remuneração das internações psiquiátricas. Já a segunda tratava da regulamentação dos Caps e Naps (Guljor, 2003; Santo; Araújo, 2019). Conforme indicam Alves et al (1994), em 1992 foi lançada também a Portaria nº 407 de 1992, que estabelecia exigências mínimas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, que tinham um papel hegemônico na época. Como resultado desta, apenas um terço deles foram habilitados. Existiam cerca de 300 no Brasil, totalizando 86 mil leitos. Destes, 75% eram privados ou filantrópicos contratados pelo setor público, e 35% das internações eram relacionadas ao uso prejudicial de álcool. Porém, de 1991 a 1996 o número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu de 85 mil para 62 mil (80% eram de leitos contratados). Foram 48 hospitais privados e 9 hospitais públicos fechados. Além disso, em 1996 foram registrados 106 serviços de atenção diária (Alves, 1999).

Sobre o Naps e o Caps, é importante salientar, de acordo com Amarante (2015), que há diferenças teóricas e metodológicas entre os dois. O primeiro se constituiu como parte de um amplo processo de desinstitucionalização, sendo um serviço substitutivo à internação com objetivo de responder plenamente às demandas da saúde mental com atendimento 24 horas, devendo atender a todas as demandas que chegassem ao serviço. Já o Caps, surgiu como serviço alternativo que poderia funcionar em paralelo com os hospitais psiquiátricos, funcionava durante o dia se limitando a quem nele fosse inscrito e tinha uma implicação menor com o território. A portaria nº 336, de 2002, unificou os dois modelos sob a denominação Caps, contemplando aspectos do Naps e criando as modalidades I, II e III e os CapsI e CapsAd (Guljor, 2003).

### **3.2.3. A Lógica da Atenção Psicossocial**

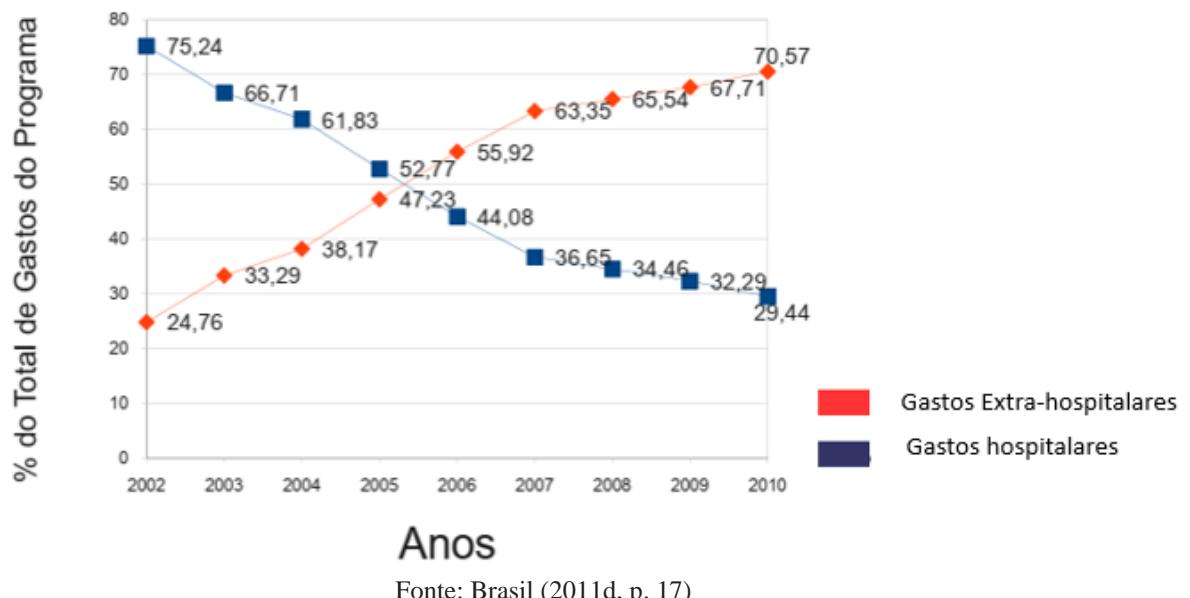
Em 2001, com a aprovação da Lei nº 10.216, foi estabelecido o redirecionamento da assistência em saúde mental e a proteção das pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2001a). Desta forma foi determinado que a internação hospitalar somente seria utilizada no tratamento a pessoas em sofrimento psíquico como último recurso (Gonçalves; Vieira; Delgado, 2012). Delgado (2011, p.4704) observa que esta Lei é norteada pelo *cuidado* enquanto proteção, acolhimento e confrontação de preconceitos. Ressalta que “não é a doença que a lei questiona, mas a maneira de tratá-la”. A clínica da atenção psicossocial, desenvolvida no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, diz respeito à promoção do cuidado considerando a relação do sujeito com seus sintomas e com a dimensão social. Essa proposta se articula ao que Basaglia define como “colocar a doença entre parênteses”, não com a finalidade de negar a existência da experiência de sofrimento, mas compreendê-lo como um aspecto, entre tantos outros, da vida (Amarante, 2007). O cuidado então deve ser integral, ou seja, considerar as necessidades físicas, sociais, econômicas, culturais e subjetivas do indivíduo. Deve ser exercido no território, espaço onde este se insere e dispõe de referências socioculturais e econômicas. Ele excede a dimensão física, sendo lugar de vida, de interação (Leal; Delgado, 2007; Tenório, 2001). Nesse sentido, na atenção psicossocial territorializada, o usuário é atendido em uma perspectiva ampliada, possibilitando um cuidado integral realizado por diferentes olhares (Mattos, 2009).

Sobre a transformação desse modelo, até 1996 existiam 106 serviços de atenção diária. Nesse mesmo ano o número de leitos em hospitais psiquiátricos estava em 75 mil. Em 1998 os gastos com hospitais psiquiátricos estavam em torno de R\$407 milhões

enquanto que o gasto com a rede extra-hospitalar ainda girava em torno de R\$35 milhões. Em 2001 se contabilizava 275 estabelecimentos deste tipo no país e o número de leitos em hospitais psiquiátricos já havia sido reduzido para 56 mil (Brasil, 2006a; Tenório, 2002). Tenório (2002) considera que, embora a redução de leitos tenha sido positiva durante a década de 1990, a criação de serviços diários, territoriais não era suficiente. Isso porque não se tratava apenas da implantação de novos serviços, mas da mudança do paradigma de atendimento em saúde mental. O autor aponta que, de acordo com uma estimativa realizada no ano de 2001, de cinco a seis milhões de pessoas que necessitariam de acompanhamento contínuo em saúde mental, apenas quinhentas mil eram acompanhadas. Segundo essas informações, seria necessário no país a implantação de pelo menos 750 Caps, número que somente foi alcançado após 2005. Porém, quando esse número foi superado, a cobertura ainda era insuficiente. Em 2006 o país contava com 882 Caps (nas diferentes modalidades), que representava uma cobertura de 39%, considerada baixa/regular (Brasil, 2006a). Por outro lado, neste mesmo ano, os recursos destinados aos serviços extra-hospitalares superaram pela primeira vez os gastos com hospitais psiquiátricos (Brasil, 2007b). Em 2007 se observava, além da progressiva redução de leitos, uma mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos: de 37.988 leitos em funcionamento, 43,59% se localizavam em hospitais de pequeno porte (Brasil, 2010c; 2011b).

Na primeira década dos anos 2000 houve expansão do número de Caps, que manteve uma taxa estável de crescimento. O Ministério da Saúde (Brasil, 2011b) destaca que até 2010 a cobertura dos Caps chegou a 66% com 1.220 Caps implantados e ainda houve interiorização da implantação desses serviços, expansão nas ações regulares de saúde mental na atenção básica, considerável redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos e significativa mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos. Em comparação, no ano de 2002, de 51.393 leitos apenas 24% se localizavam em hospitais de pequeno porte, e havia 29% dos leitos em grandes hospitais. Já no ano de 2010, de 32.735 leitos, 48% estavam em hospitais de pequeno porte, e apenas 11,6% em macro-hospitais. Outro fato que serve de indicador na transformação desse modelo são os recursos destinados à política de saúde mental, em que o valor destinado a serviços territoriais alcançou 70% desses recursos, enquanto os gastos com hospitais psiquiátricos caíram para 29% (Brasil, 2010c; 2011d), conforme pode ser observado na Figura 7.

Figura 7 – Recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e a serviços extra hospitalares, Brasil 2002 a 2010.



Fonte: Brasil (2011d, p. 17)

A redução progressiva de leitos, assim como a mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos de acordo com porte (número de leitos) aconteceu por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) que avaliava a assistência ofertada por hospitais psiquiátricos e podia levar a seu descredenciamento, e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), que tinha por objetivo promover a redução gradual dos leitos em psiquiatria a partir de hospitais de grande porte (mais 600 leitos). Embora não seja possível explorar todos os serviços indispensáveis à transformação do modelo centrado na internação para o modelo territorial, destacamos aqui a importância para esse processo dos Serviços de Residência Terapêutica<sup>19</sup>, o Programa de Volta pra Casa<sup>20</sup> e as Estratégias de Desinstitucionalização<sup>21</sup> (Brasil, 2010c; 2011b).

O cuidado à pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas, tema que será discutido no próximo tópico, foi assumido pelo Ministério da Saúde em 2003, apresentou expansão ao longo da primeira década dos anos 2000, com criação e ampliação de novos serviços. Algumas estratégias nessa área foram priorizadas a partir de 2009, o que refletiu na destinação de recursos aos serviços da rede de saúde mental.

<sup>19</sup> Moradias situadas no território voltadas a pessoas egressas de internação de longa permanência.

<sup>20</sup> Auxílio reabilitação psicossocial para egressos de longas internações psiquiátricas.

<sup>21</sup> Desenvolvimento de ações que visam o processo de desinstitucionalização de pessoas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS. Criado pela portaria 2.840 de 2014, porém essas ações já existiam anterior a esse período.

De outro modo, os leitos de saúde mental em hospitais gerais não apresentaram o mesmo desenvolvimento que os outros pontos de atenção. O leito de saúde mental é um serviço de retaguarda para situações em que, esgotadas as possibilidades de atendimento extra-hospitalar, a internação seja necessária. Componente importante no atendimento integral e na reformulação do atendimento em saúde mental, chegou ao ano de 2010 com apenas 3.371 leitos em todo o país. O Plano Interministerial de Enfrentamento ao *Crack*, no início da década seguinte, implicou em medidas para ampliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais, porém esse número ainda se mostrava insuficiente (Brasil, 2003; 2011b).

Para Yasui (2010) a Reforma Psiquiátrica se fortaleceu enquanto política pública, porém, diferente da década de 1990, enfraqueceu enquanto movimento social. Reduziram-se as tensões e questionamentos, e as críticas passaram a ser vistas como ataque ao que se oferece enquanto política de saúde mental, mesmo que esta tenha perdido sua dimensão histórica e tenha se tornado burocrática.

Alguns pontos negativos que compunham o cenário da saúde mental em 2010 podem ser observados no relatório da IV CNSM (Brasil, 2010b), que foi realizada no mesmo ano. De acordo com o relatório, a expansão dos serviços de saúde mental não foi acompanhada pela contratação de trabalhadores para a área e o contexto dos serviços de forma geral era caracterizado pela terceirização e precarização do trabalho. Além disso, havia carência de profissionais de saúde mental, inúmeros eram recentes na atividade profissional e inexistia capacitação na área. Havia ainda uma explícita campanha contra a RP e forte demanda de internação hospitalar para responder ao pânico social criado em torno do uso de crack no país, disseminado pela mídia como uma epidemia. Conforme lembram Prudêncio e Silveira (2023), a campanha contra RP já era observada desde 2006 quando a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) lançou o documento *Diretrizes Para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*, que criticava o modelo de cuidado territorial. Somado a essa crítica, a suposta epidemia de crack foi utilizada como apelo à urgência em internar usuários de drogas.

Considerando que o campo da saúde mental se tornou mais complexo, a IV CNSM, ocorreu pela primeira vez de modo intersetorial e teve como tema *Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*. Nela, o caráter multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial do campo da saúde mental foi reafirmado. Os participantes reconheceram os avanços e identificaram as

lacunas e desafios no campo da saúde mental. Foi ressaltada a importância da participação ativa dos usuários na produção do próprio cuidado e no ativismo junto aos dispositivos de controle social, e ratificada a manutenção de um sistema público e estatal de serviços de saúde mental, com a manifestação contrária a propostas de privatização e terceirização destes serviços (Brasil, 2010b).

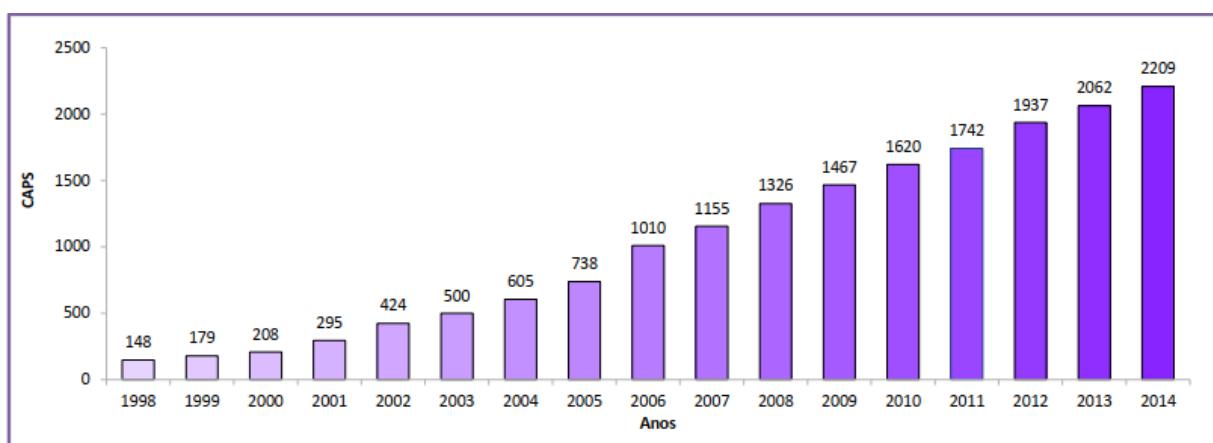
No ano seguinte, a fim de ampliar o acesso à atenção psicossocial e o atendimento integral, foi instituída pela Portaria nº 3.088 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta rede tem como proposta o cuidado em saúde mental através da integração e articulação de dispositivos assistenciais para pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. São consideradas diretrizes para funcionamento da RAPS: respeito aos direitos humanos; garantia de autonomia e liberdade; promoção de equidade; combate a estigmas e preconceitos; garantia de acesso; garantia a qualidade dos serviços, com cuidado integral e assistência multiprofissional a partir da lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação da estratégia de cuidado; desenvolvimento de estratégias de cuidado no território de maneira a favorecer a inclusão social; desenvolvimento estratégias de Redução de Danos (RD); projeto terapêutico singular como eixo do cuidado; promoção de educação permanente; promoção de ações intersetoriais; ênfase nos serviços territoriais com participação e controle social de usuários e familiares (Brasil, 2011f).

Os pontos de atenção que compõem a RAPS são divididos em Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial e cada um deles comporta um ou mais tipos de serviços, que são considerados pontos estratégicos de atenção e devem atuar como locais de acolhimento e produção de subjetividade. Para que este objetivo seja alcançado, é imprescindível a construção de uma rede intersetorial e interdisciplinar em que esses pontos de atenção sejam integrados e articulados entre si (Brasil, 2011f; Pereira, 2018; Teixeira *et al*, 2017). A articulação do cuidado pode ser entendida como a organização do trabalho realizado de maneira conjunta e horizontal, com responsabilização compartilhada e promoção da integração e comunicação entre os diferentes serviços da RAPS (Mattos, 2009; Sampaio; Bispo Junior, 2021).

Os Caps, em suas diferentes modalidades, fazem parte da Atenção Psicossocial Estratégica. Foram tomados por referência pelo Ministério da Saúde como indicador da

implantação de rede de caráter territorial, que calcula o número de Caps por 100 mil habitantes. Estes serviços mostraram uma expansão estável de 1998 até o ano de 2014, quando alcançou a cobertura de 86% no território brasileiro (Brasil, 2015c), como demonstrado na Figura 8.

Figura 8: Expansão dos Caps, 1998 a 2014



Fonte: Brasil (2015c, p. 9)

Embora o Caps seja o principal dispositivo na operacionalização da política de saúde mental baseado nos pressupostos da RP, utilizá-lo como único indicador da expansão do processo de RP ou da implantação da rede substitutiva pode ser problemático. O Ministério da Saúde (Brasil, 2015c) reconhece que esse indicador não deve ser observado de forma isolada, pois, embora reflita a implantação da rede substitutiva, há outros pontos de atenção que compõem a RAPS. Liberato (2009) observa que é preciso ainda levar em conta como esses serviços têm funcionado, suas limitações e dificuldades. A autora cita a existência de serviços que atuam de maneira burocrática, ambulatorial e sem articulação com território, o que implicaria em uma atuação que não é condizente com a RP e, portanto, não poderia representar uma mudança de paradigma. Vale destacar que, mesmo que observado avanço na Política de Saúde Mental entre os anos de 2001 a 2015, não foram criados, na proporção necessária, serviços substitutivos ao modelo manicomial, principalmente Caps III, leitos em Saúde Mental e Unidades de Acolhimento. Além disso, o redirecionamento do financiamento neste campo para estabelecimentos privados de caráter asilar a partir de 2016 contribuiu para sucateamento dos serviços já existentes.

Amarante (2006) e ainda Tenório (2002) advertem que, a despeito da implantação de serviços ser fator importante para o atendimento em saúde mental, o aumento do

número de Caps no país em si não garante melhoria na assistência. Os conceitos de território e de responsabilidade devem ser constantemente observados como forma de romper com o modelo hospitalocêntrico, sob o risco de que a RP e atenção em saúde mental se transforme em um modelo assistencial.

Leal e Delgado (2007) descrevem o Caps como espaço capaz de produzir um lugar social diferente para a pessoa em sofrimento psíquico. Os autores lembram que as pessoas que necessitam do cuidado do Caps têm dificuldades para se adequar às exigências do meio social e afirmam que o fazer deste serviço deve estar voltado para o agenciamento do usuário para a vida na comunidade, e não uma mera adaptação deste à sociedade. Isso se dá a partir do reconhecimento da singularidade de cada um e do atendimento voltado para que o próprio sujeito possa estabelecer novas normas na relação com o social. Apontam ainda que o Caps tem como base o tripé rede – clínica – cotidiano. Isto é, enquanto serviço de atenção diária, a equipe deve assistir o usuário dentro e fora do espaço físico, observando sua relação com a equipe e, por meio dos grupos e oficinas, acompanhá-lo em sua produção no território. Guljor e Pinho (2023) apontam o Caps como dispositivo capaz de articular as redes de cuidado para oferta de cuidado integral.

Boarini (2009) ao indagar sobre a atenção em saúde mental de municípios pequenos, avalia que os avanços observados no campo da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica ocorrem de maneira díspar no território brasileiro. De acordo com as portarias nº 336 de 2002 e nº 3.088 de 2011, apenas municípios com população superior a 20 mil habitantes deveriam solicitar o cadastro de Caps I. No Brasil há 5.568 municípios e 3.914 municípios têm menos de 20 mil habitantes, ou seja, 70% dos municípios brasileiros não são elegíveis à implantação de Caps I, o que quer dizer que não possam fazê-lo. Nesses territórios, o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas deve ser prioritariamente articulado a partir da atenção básica. Esta atua por meio da unidade básica de saúde e estratégia de saúde da família, sendo formada por equipe multiprofissional e atua em âmbito individual e coletivo realizando um conjunto de ações em saúde, que abrange dentre outros, a promoção, prevenção e cuidados em saúde mental e RD de forma compartilhada com outros componentes da rede, quando necessário. Já o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), é vinculado à atenção básica e atua no apoio ou cuidado compartilhado junto às equipes de saúde da família e da atenção básica, inclusive no atendimento a pessoas em sofrimento mental e sofrimento decorrente do uso prejudicial de

álcool e outras drogas (Brasil, 2002a; 2011f). Segundo dados do Ministério da Saúde<sup>22</sup> (Brasil, 2015c), em 2014, metade dos municípios não elegíveis para Caps contavam com NASF.

As ações de saúde mental na atenção básica potencializam o atendimento em saúde mental no território. Independentemente da existência dos Caps na rede, são necessárias articulações intra e intersetorias (França, 2017; Guljor; Pinho 2023). Sendo assim, França (2017) adverte que, na ausência dos Caps, a rede deve ser ainda mais fortalecida pois, para uma ação integrada na saúde mental, é necessário que haja profissionais capacitados; do contrário, essa tarefa se tornaria ainda mais complexa. Por outro lado, Nunes, Jucá e Valentim (2007), ao examinarem os impasses na implementação da saúde mental na atenção básica, identificam quatro pontos importantes que dificultam o atendimento: a) os profissionais não estão familiarizados e não recebem capacitação em relação às questões da saúde mental e da RP; b) os problemas em saúde mental não são vistos como prioridade; c) a condição do PSF não é favorável ao atendimento desses casos, incluindo a indisponibilidade de medicamentos; d) inexiste ou é escassa a articulação com serviços de saúde mental.

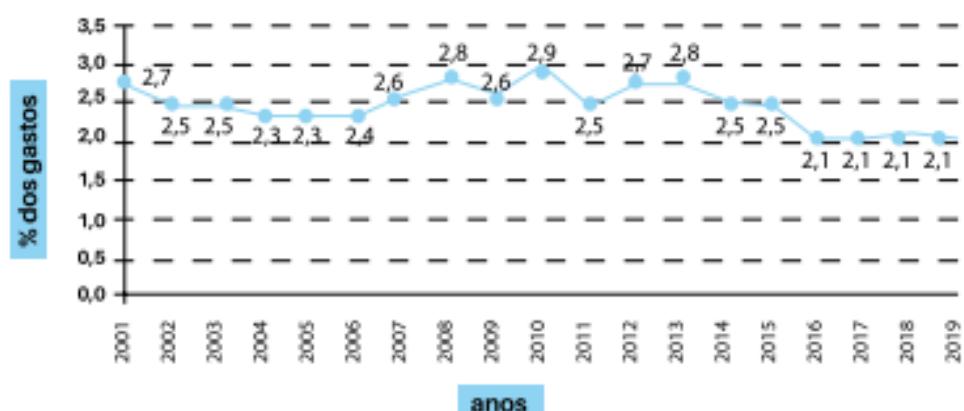
Até 2022, o Brasil contava com 2.836 Caps (nas diferentes modalidades), distribuídos em 1.910 municípios. Eles representam 35,24% dos municípios do país (Brasil, 2022a). Se tomarmos em consideração a Portaria nº 336 de 2011 e sua indicação de que Caps devem ser criados em municípios com mais de 20 mil habitantes, a expectativa é de que 1.654 municípios tenham este tipo de serviço. Nessa perspectiva, o país está em uma boa situação em termos de oferta de Caps, superando o esperado. Já se for levado em conta o relatório do Ministério da Saúde “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, que estabelece 15 mil habitantes como porte mínimo municipal para implantação de Caps, o ideal seria que existissem ao menos 2.227 municípios com tal equipamento, o que o deixa o Brasil numa condição de insuficiência de unidades e, portanto, de cobertura. Leal *et al* (2021) se amparam nesse segundo referencial para informar que a cobertura desses serviços é 72%, deixando o país em uma condição de regular a boa. Importante ter em conta que esses dados dizem respeito somente aos

---

<sup>22</sup>O relatório “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” aponta que os municípios não elegíveis para implantação a Caps são os que têm população até 15 mil habitantes, o que representaria 60% dos municípios não precisariam implantar Caps (Brasil, 2015d).

números de município que aderiram à política de saúde mental, desconsiderando a heterogeneidade da distribuição dos serviços, marcada pelo predomínio de CAPS I e pela exiguidade de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial para pessoas em uso prejudicial de Álcool e outras Drogas (CAPSAd) e especialmente de Caps III (Desinstitute, 2021). Outro dado que merece destaque é o financiamento da política de saúde mental, que variou muito de 2001 a 2019, tendo seu ápice em 2,9% e menor patamar em 2,1%, conforme figura abaixo (Figura 9). Em qualquer uma das situações, ele nunca ultrapassou os 3% e manteve-se sempre distante da meta estabelecida pela OMS, que é de 5% do gasto em saúde. Para Dias et al (2023) essa situação denota falta de compromisso com o princípio da universalidade de acesso.

Figura 9 - Gráfico de gastos em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em relação aos gastos do Fundo de Saúde com Ações e Serviços Públicos de Saúde – 2021



Fonte: Desinstitute (2021, p.57)

O Desinstitute (2021) avalia que o processo de Reforma Psiquiátrica no decurso de 2001 a 2015 configurou um processo de transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial baseado no cuidado em liberdade. Em síntese, foi observado que a partir de 2006 os gastos com a rede extra-hospitalar<sup>23</sup> pela primeira vez superaram os gastos destinados a hospitais psiquiátricos, chegando a 55%. Em 2009 esses recursos já representavam 67% dos recursos investidos em saúde mental. Até 2010 ainda havia necessidade de ampliação e qualificação de diversos serviços como atendimento em saúde mental na atenção básica, criação de leitos em hospital geral, articulação dos serviços com o atendimento a urgência e emergência, regulação de leitos em hospitais e principalmente

<sup>23</sup> A partir de 2006 os gastos extra-hospitalares passaram a ser calculados segundo o repasse para os seguintes componentes: Caps, Residências terapêuticas, medicamentos, Programa de Volta para Casa, atendimentos ambulatoriais e incentivos (BRASIL, 2006b).

ampliação das ações voltados à prevenção e atendimento a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas (Brasil, 2007b; 2015c).

Conforme advertido por Gonçalves, Vieira e Delgado (2012), ainda que a reorientação do modelo de atendimento em saúde mental tenha se traduzido numa melhor relação de custo-efetividade, existe o risco de desfinanciamento caso não haja garantia de alocação desses recursos de forma específica para a saúde mental dentro do orçamento da saúde. Essa questão pode ser observada em 2016, quando foi instituída a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, conhecida como a Emenda do Teto de Gastos, um regime fiscal que determina limite nos gastos e investimentos públicos por 20 anos a partir de 2019, com grande impacto para saúde, dentre outras áreas (Brasil, 2016c; Mariano, 2017). Para Leal *et al* (2021) esse novo regime impõe um processo de retirada de recursos da saúde, e por consequência da política de saúde mental. Cabe destacar que a pandemia de Covid 19 forçou o limite para crescimento das despesas em saúde estabelecidos pelo teto de gastos, minorando o impacto negativo previsto<sup>24</sup>.

De acordo com Weber (2021) e com o Painel Desinstitute (2021), houve queda a partir de 2016, seguida de estabilização, tanto dos gastos hospitalares quanto extra hospitalares. No caso do primeiro, havia uma tendência de decréscimo conforme esperado pela política de redução de leitos. Ao mesmo tempo, esperava-se um crescimento dos gastos extra-hospitalares, tendência que foi observada até o ano de 2015. Weber (2021) afirma que essa queda com gastos extra-hospitalares se deve à interrupção e ao baixo incremento do financiamento dos Caps. Já a estabilização dos gastos hospitalares tem relação com as mudanças na política de saúde mental a partir de 2017, que recompôs as diárias hospitalares.

De acordo com Delgado (2019), desde a década de 1980 havia um progresso contínuo na Reforma Psiquiátrica brasileira, mas esse processo foi interrompido a partir de 2016, quando o cenário da política de saúde mental no país passou a se configurar pelo destino de recursos públicos a instituições privadas de caráter asilar, ausência de transparência e de informações de monitoramento, avaliação e suspensão ou redução do custeio de estratégias de cuidado, como Caps e leitos em hospital geral. Para Pinho (2021) tratava-se de um momento de retorno da indústria de leitos asilares, baseada na mercantilização do sofrimento. O autor traça uma cronologia dos principais momentos de

---

<sup>24</sup> O governo Lula propôs novo arcabouço fiscal para substituir o teto de gastos, atualmente em votação no Congresso Nacional e que permite crescimento das despesas federais dentro de limites pré-estabelecidos.

retrocesso nos últimos anos, iniciando a partir de 2015, a partir da nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho, como coordenador geral de Saúde Mental no Governo Dilma Rousseff. O mesmo foi diretor da Casa de Saúde Dr Eiras de Paracambi, que foi o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, e era contrário aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Ele foi exonerado meses depois, já em 2016, após mobilização de Conselhos e trabalhadores contrários à sua nomeação. No ano seguinte, no Governo Temer, o novo coordenador, Quirino Cordeiro, deu início a sucessivas ações de desmonte da Política de Saúde Mental, sendo uma das medidas a Portaria Interministerial nº2 sobre a reformulação da política de álcool e outras drogas e ampliação das CTs (Brasil, 2017c; Pinho, 2021).

A Resolução nº 32 de 2017 passa a considerar hospital dia, equipes multiprofissionais de atenção especializadas em saúde mental e hospitais psiquiátricos como componentes da RAPS. Dentre outras coisas, aprova ainda a criação de Caps Ad IV, que tem por objetivo atendimento de urgência e emergência 24 horas em cenas de uso, principalmente em cracolândias; garante maior flexibilidade aos gestores municipais na organização dos SRTs; passa a monitorar a ocupação mínima em leitos de hospitais gerais; e fortalece a parceria entre o governo e as CTs (Brasil, 2017b). Ainda em 2017, a Portaria nº 3.588 altera a composição e as normas de financiamento da RAPS e acrescenta a esta rede: a) equipes multiprofissionais de atenção especializadas em saúde mental/unidades ambulatoriais especializadas que têm por objetivo, dentre outras coisas, atender demandas identificadas pela atenção básica, devendo estar vinculadas a unidade ambulatorial especializada e constituir referência ambulatorial especializada em saúde mental; b) hospital psiquiátrico; c) hospital dia; e d) Caps Ad IV para municípios com mais de 500 mil habitantes (Brasil, 2017d).

Ainda no mesmo ano, a Portaria GM nº 3.992 de 2017 permitiu que os recursos destinados à saúde mental pudessem ser alocados de acordo com o critério do gestor, não sendo necessária sua destinação a serviços comunitários de saúde mental. Foi anunciada neste período a destinação de recursos financeiros do Ministério da Saúde para as CTs, instituições privadas para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, que atuam por meio da internação e abstinência. Estas receberam R\$ 110 milhões e os outros componentes da RAPS apenas R\$ 70 milhões (Brasil, 2017e). Já em 2018, de forma inédita, foi feito um corte nas verbas dos Caps que não apresentaram o faturamento da quantificação dos procedimentos realizados. A Portaria nº 3.659 de 2018 suspendeu o

repasse financeiro aos Caps, leitos em hospital geral, serviços de residência terapêutica (SRTs) e unidades de acolhimentos (UAs) que não estavam com registro de produção regularizados, e ainda estabeleceu que a não regularização no prazo de seis meses acarretaria em revogação da portaria de qualificação e habilitação do serviço (Brasil, 2018d). Para Delgado (2019), essa redução de cadastramentos ocorreu de forma imprecisa, pois nesse período os dados sobre os equipamentos de saúde não estavam sendo informados pelo Ministério da Saúde. Tratou-se de uma política que fragilizou os serviços públicos e comunitários de saúde mental por meio do contingenciamento de seu financiamento, ao mesmo tempo que expande os recursos a instituições privadas de caráter asilar por meio de convênios.

Para Delgado (2019), a negação dos serviços territoriais como substitutivos é esdrúxula na perspectiva da gestão, porém do ponto de vista simbólico deixa clara sua intenção. A legislação que dispõe sobre a “nova” política de saúde mental reforça o modelo baseado na internação e de métodos biológicos, colocando o hospital psiquiátrico no centro do cuidado sem definir sua função. E ainda, desmembra a política de saúde mental da política de drogas. Santos (2018) aponta o descompasso do caso brasileiro pois a prática de internação de longa permanência já havia sido superada no âmbito internacional e pela OMS. Na Nota Técnica nº 11 de 2019, que tinha como intuito esclarecer a “Nova Política de Saúde Mental”, o Ministério da Saúde sustentou sua posição afirmando que, a “nova” política de saúde mental atendia a “anseios de movimentos sociais” e desafios vividos por profissionais (Brasil, 2019g, p.5). Segundo o órgão, essas necessidades foram evidenciadas em um estudo que apontava irregularidades, subnotificação, violação de direitos e obras financiadas que não foram executadas nos serviços já existentes. Porém esse estudo não teve sua referência informada no documento.

Ainda segundo esta nota técnica, o objetivo da “nova” política é proporcionar tratamento efetivo, acessível e resolutivo segundo as peculiaridades e necessidades de cada caso sem excluir modalidades de tratamento que sejam válidas e aplicáveis, sendo investido R\$1,5 bilhão de reais na ampliação da RAPS. É informado ainda que não haverá mais fechamento de nenhuma modalidade de serviço baseado no entendimento que dentre os pontos da RAPS não há serviço que seja substitutivo a outro, compreendendo-se que há necessidade de variedade de equipamentos e que estes se complementem de forma harmônica. Não obstante a criação de hospitais psiquiátricos e manutenção dos leitos existentes, as estratégias de desinstitucionalização a pacientes moradores de hospitais

psiquiátricos serão mantidas. Em 2019 o Ministério da Saúde alegava ainda que por falta de leitos psiquiátrico houve migração de pessoas com transtornos mentais graves para o sistema prisional, estimando em 50 mil esse número no país. Atribui ainda à RP, compreendida como uma política equivocada, o aumento da taxa de suicídios, expansão das cracolândias, aumento de mortalidade de pessoas com transtornos mentais ou em uso de drogas, aumento dos afastamentos laborais e a superlotação de emergências. Em relação às equipes multiprofissionais especializadas que devem atuar nos ambulatórios, indica que, entre outras ações, ofertarão psicoterapia a pessoas que não têm perfil para atendimento na atenção básica e nem no Caps. Assim sendo o Ministério da Saúde argumenta que os ambulatórios preenchem uma lacuna assistencial dessa parcela da população que não era contemplada na RAPS, e deste modo a criação dessas equipes deverá ser incentivada. A Nota Técnica afirma também que o SUS deve oferecer o melhor tratamento possível e cita como exemplo a inclusão da eletroconvulsoterapia (ECT) como aparato terapêutico financiado pelo SUS. A partir dessa nota, o Ministério da Saúde afirma com base nos sistemas de saúde de outros países que não há evidências científicas que os serviços inseridos na RAPS pela “nova” política de saúde mental (hospital-dia, hospital psiquiátrico, ambulatório multiprofissional) não possam compor a RAPS (Brasil, 2019g).

Parte desses argumentos encontrou fundamento nas críticas feitas pela ABP. Em 2017, a instituição juntamente com o CFM recomendou, por meio de uma Nota Técnica (ABP; Conselho Federal de Medicina - CFM, 2017), a manutenção e qualificação dos leitos em hospitais psiquiátricos e ampliação de leitos proporcional à população. Na perspectiva desses dois órgãos, o ambulatório especializado é o eixo central do tratamento em saúde mental, e os Caps intermediários entre o ambulatório e a internação plena. No documento, que propalava uma calamidade na assistência pública em saúde mental no Brasil, o baixo número de leitos em hospitais psiquiátricos é criticado, contrariando a política de redução de leitos psiquiátricos iniciada no final de década de 1990. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2017a), por sua vez, repudiou esta nota, argumentando que o documento é reductionista e sensacionalista, e que prega uma calamidade na saúde mental sem levar em conta o contexto, na tentativa de mobilizar a opinião pública em favor de interesses corporativos.

Essa abordagem não é inédita. Em 2006, conforme citado anteriormente, a ABP, endossada pelo CFM lançou um documento criticando a Lei 10.2016 alegando que o modelo baseado na RP é centrado no Caps e que há uma tentativa de prescindir do

psiquiatra. Essa atitude despreza as formulações da Política de Saúde Mental amparadas no cuidado territorial por meio de equipes multidisciplinares, que não prescindem do médico, mas o consideram um entre os vários profissionais que atuam nos Caps. Em 2014, em documento semelhante, a instituição afirmou o uso prejudicial de álcool e outras drogas como doença grave e crônica, defendendo uma política de abstinência para seu tratamento e compreendendo a RD como oposição à abstinência, o que é um equívoco (ABP, 2014).

Para o Desinstitute (2021), o governo federal demonstrava desinteresse em investir nos dispositivos de atenção psicossocial, o que poderia impactar diretamente no seu funcionamento, causando sucateamento e insuficiência no atendimento. Essas mudanças não foram aceitas de forma passiva por parcela importante de profissionais, pesquisadores, conselhos e coletivos da sociedade civil ligados ao campo da saúde mental, que promoveram debates, encaminharam notas, cartas abertas e recomendações com solicitação de revogação de algumas Portarias, como as discutidas anteriormente, que representam retrocessos segundo os pressupostos da RP, e que as alterações na Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas fossem amplamente debatidas (Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, 2017; Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2018a; 2020; Dias, 2019; Brasil, 2018a; Ministério Público Federal - MPF, 2017). Para Guljor e Pinho (2023), a inserção dos hospitais psiquiátricos na RAPS e a ampliação das CTs produzem uma inversão na centralidade da política de saúde mental, criando um processo semelhante à indústria da loucura, como será visto no próximo capítulo sobre as CTs.

Em 2021 foi aprovado pelo CNS (Brasil, 2021c) o regimento da V CNSM, com o tema *Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos direitos humanos*. A Conferência, que foi convocada em 2020 (Brasil, 2020e), tinha previsão de realização da etapa nacional para os dias 17 a 20 de maio de 2022. Porém houve adiamento para maio de 2023 por não ter financiamento disponível. Durante o ano de 2023, foi adiada novamente e finalmente a data da etapa nacional ficou definida para dias 11 a 14 de dezembro de 2023 (Brasil, 2022b; Brasil 2023g). As conferências são “dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate, síntese democrática das diretrizes políticas principais e de medidas operacionais nestas áreas no país” (BRASIL, 2002c, p.13) As conferências de saúde, definidas e instituídas pela Lei nº 8.142 de 1990, têm como atribuição avaliar a situação da saúde, propondo diretrizes para a formulação de políticas afins, nas três esferas de governo (Brasil, 2003).

Devera e Costa-Rosa (2007) avaliam as CNSM como instrumentos capazes de dar voz aos atores de um nível local interessados na transformação de um modelo vigente em todo o país. Apontam ainda os movimentos sociais, encontros, congressos e expedições de portarias como diferentes frentes de um campo de batalha em uma luta complexa. Deste modo, a não realização da Conferência no nível nacional indica a falta de apoio a este dispositivo de democracia, demonstrando o contexto de retrocessos vivenciados nesse período conforme discutido até aqui.

Ainda no ano de 2023, foi criado em março o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESME), tendo como diretora a professora e enfermeira Sônia Barros. O DESME tem como principais objetivos impulsionar a Política de Saúde Mental e promover avanços por meio do diálogo com a população, incentivando a habilitação e ampliação de serviços. Também neste ano, foi instituída em julho a recomposição financeira para os SRTs e os Caps (Brasil, 2023a; 2023h; 2023i). De acordo com o Ministério da Saúde, esse aumento no orçamento chega a 27%. Desde março foram habilitados 27 Caps e 55 SRTs, totalizando 2.855 Caps e 870 SRTs. Também foram habilitados nesse 4 Unidades de Acolhimento e 159 leitos em hospitais gerais. A previsão é de R\$32 milhões ao ano para os novos pontos de atenção (Ministério [...], 2023). Na sequência houve revogação da Portaria nº 3.058 de 2017 e reprise da Portaria de nº 3.088 (Brasil, 2023j). Com isso, hospital psiquiátrico, hospital dia, unidade de referência especializada em hospital geral, equipe multiprofissional de atenção especializada e Caps Ad IV, que haviam sido incluídos na RAPS por conta dos retrocessos na Política de Saúde Mental, foram retirados da rede. A exceção foram as CTs<sup>25</sup>, demonstrando a força daqueles que sustentam o modelo e a fragilidade da DESME.

### **3.3. O cuidado a usuários de álcool e outras drogas no contexto da Reforma Psiquiátrica**

Mesmo que os anos 1990 tenha sido um momento de progresso no âmbito da saúde mental, isso não se refletia no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, tendência observada em outros países. De acordo com Ramôa (2005), as práticas terapêuticas nesse campo ficaram à parte da desconstrução da lógica asilar e as pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas continuaram a ser submetidas a terapêuticas de

---

<sup>25</sup> As CTs foram inseridas na RAPS em sua instituição em 2011, e por isso as alterações nas portarias de consolidação não alteraram sua permanência na referida rede.

cunho moral. Para Machado (2006), não havia ainda um debate sobre o tema do álcool e outras drogas e os profissionais que atuavam diretamente nesse campo não participaram da construção de propostas para a reformulação desse cuidado. A autora cita a criação dos NAPS voltados a usuários de drogas em Natal/RN e em Santo André/SP, que eram condizentes com a Reforma Psiquiátrica, mas identifica que foi uma situação pontual. Mesmo com o aumento dos casos de uso de drogas e a transmissão de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) por essa parcela da população, as ações sanitárias eram mantidas no campo da justiça sem articulação com o Ministério da Saúde, e o CONFEN nesse período priorizava ações repressivas às drogas.

Por mais que o processo da RP tenha permitido um novo olhar clínico, político e ético para os que estavam alijados do processo social, os problemas com relação ao uso prejudicial de álcool e outras drogas não foram contemplados por essa política (Machado, 2006; Machado; Miranda, 2007; Sobral *et al*, 2020). No início da década de 1990 o consumo prejudicial de álcool e outras drogas já era apontado como grave problema de saúde pública com crescimento já observado por diversos indicadores (Alves *et al*, 1994). Machado (2006) lembra que entre os anos de 1991 e 1996 a Coordenação Nacional de Saúde Mental (COSAM) realizou levantamentos e propôs mudanças no campo da atenção ao uso de álcool e outras drogas, principalmente com objetivo de tornar o sujeito e não mais a droga a ênfase desse campo, mas ainda não foi possível que esse tema fosse reestruturado na saúde mental. Em 1999 o documento “Proposta de Normalização dos Serviços de Atenção aos Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas” foi produzido pela Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) e Ministério da Saúde com recomendação de execução de procedimentos específicos na área de álcool e drogas no campo da saúde, porém não houve nenhuma mudança relevante nesse campo.

De outro modo, Lima (2012) observa que a RP focava na desinstitucionalização de pessoas que estavam internadas há longo período, criação de serviços substitutivos de base territorial e a afirmação de direitos civis e políticos de pessoas em sofrimento psíquico. Tratava-se de uma política ampla que naquele momento não poderia ficar restrita a um setor. A autora cita algumas iniciativas do Ministério da Saúde que ocorreram ao longo da década de 1990, como manuais técnicos que reorientavam a assistência a usuário de álcool e outras drogas na saúde pública por meio da qualificação de profissionais para o manejo desse público, e ainda políticas voltadas a questão do tabagismo, ações de RD destinadas a

usuários de drogas injetáveis (UDI) e definição de normas para atuação das CTs. Essas duas últimas questões serão discutidas adiante.

### **3.3.1. A Redução de Danos**

Ainda na década de 1980, com a disseminação do vírus HIV principalmente pelo compartilhamento de seringas para uso de drogas injetáveis, a saúde pública passou a agir de forma mais pragmáticas com relação à questão das drogas (Machado, 2006). Os primeiros casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) no Brasil foram confirmados em 1983 e atingiam principalmente homens homossexuais, por transmissão sexual. A partir da segunda metade da década de 1980, contudo, o número de infectados por drogas injetáveis no Brasil chamou atenção das autoridades, principalmente em algumas cidades de São Paulo consideradas rotas de tráfico de cocaína. A transmissão sanguínea do HIV representou uma média 20% dos casos entre 1980 e 2000, sendo 18% somente pelo compartilhamento de seringas em usuários de drogas injetáveis (UDI). Seu maior pico foi em 1991 quando a transmissão sanguínea chegou a 28% dos casos, sendo 25% em UDI. De acordo com a Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), a chance de um UDI contrair o vírus HIV era 35 vezes maior do que outras pessoas.

Em 1989 a cidade de Santos foi pioneira na adoção de estratégias de RD por meio de trocas de seringas. Entretanto, o Ministério Público do Estado de São Paulo considerou as ações como facilitação do tráfico de acordo com a lei de drogas vigente à época (Lei nº 6.368 de 1976). Os responsáveis pelo programa de saúde responderam a um inquérito e tiveram que suspender o programa (Brasil, 2000; Brito; Castilho; Szwarcwald, 2000; Teodorescu; Teixeira, 2015). Em 1991 foi criado o Instituto de Estudo e Pesquisa de Aids de Santos (IEPAS) com objetivo de manter em destaque a importância da RD na prevenção do HIV. Em 1993 o Programa Nacional de Aids aprovou um programa de RD da IEPAS de educação entre pares, que consistia no treinamento de pessoas em uso de drogas para repassar os conhecimentos a outros usuários. A posição favorável do CONFEN sobre o desenvolvimento das ações de Redução de Danos a partir de 1994 foi fundamental para resolução de impasses como o ocorrido em Santos. Havia ainda nesse período muita resistência por parte da Polícia Federal, do Ministério Público, da Igreja Católica e da Presidência da República. Conforme a estratégia de RD foi sendo implantada, o número de infecção entre usuários caiu drasticamente. O primeiro programa oficial de RD por uso de

drogas injetáveis foi criado apenas em 1995 no CETAD e, para dar maior legitimidade ao programa, foi realizado em Salvador um debate público sobre o tema (Machado; Miranda, 2007; Teodorescu; Teixeira, 2015).

Em 1995 o deputado estadual Paulo Teixeira apresentou um Projeto de Lei que autorizava as ações de troca e distribuição de seringas como medida de saúde pública no estado de São Paulo. O PL só foi aprovado em 1998, nesse meio tempo, as ONGs mantiveram de forma não oficial projetos de trocas de seringas. Em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) que lidava com prática direta no território. No ano seguinte, profissionais envolvidos com esse cuidado participaram do Primeiro Encontro de Redução de Danos e criaram a Rede Nacional de Redução de Danos (Reduc), responsável principalmente pela construção técnica e conceitual da RD. Durante a década de 1990 foram aprovadas leis estaduais de RD e os programas de distribuição de preservativos, seringas e agulhas se expandiram (Teodorescu; Teixeira, 2015).

Cabe destacar que o marco inicial da RD se deu na Inglaterra na década de 1920 quando médicos começaram a prescrever medicamentos a seus pacientes para que estes gradativamente substituíssem o uso de uma droga mais nociva por outra que causasse menos prejuízo. O mesmo ocorreu na Alemanha na década de 1930, quando a metadona passou a ser utilizada como droga de substituição. Essa prática é utilizada até os dias atuais em países em que há amplo uso de heroína (Nicodemos, 2020). Baltieri *et al* (2004) explicam que a terapia de substituição visa à redução progressiva do consumo da droga da qual o sujeito se tornou dependente, e a terapia de manutenção visa à mesma substituição de substância por uma menos nociva, porém sem objetivo de redução gradual. No fim da década de 1970, de acordo com Alarcon (2012), a Holanda criou de forma estratégica uma distinção, para efeitos formais, entre drogas leves e pesadas para justificar juridicamente a permissão para posse e venda de maconha (droga mais consumida no país na época). A regulação da venda serviu, dentro da perspectiva da RD, para evitar os efeitos colaterais da venda ilegal da droga e com isso a exposição de seus consumidores à criminalidade e a produtos adulterados. Nicodemos (2020) lembra que nos anos 1980, no mesmo país, foram construídas propostas de cuidados a usuários de heroína a partir de reivindicações destes que defendiam o direito de fazer uso de drogas com o menor efeito danoso possível. Foi criado o Programa de Troca de Seringas, que repercutiu em diversos países, inclusive no Brasil. Em alguns países, como França e Estados Unidos, essa prática foi iniciada por ONGs, contrariando a legislação do governo. No Brasil não foi diferente e o início das

ações de RD teve como protagonistas familiares e usuários. A mobilização social impactou sobremaneira na redução da epidemia de AIDS entre UDI. Foram criadas organizações de usuários e ex-usuários que lutavam, dentre outras coisas, por uma política de saúde pública de cuidado ao uso de drogas ilícitas (Teodorescu; Teixeira, 2015).

A RD no Brasil passou da gestão da AIDS, como estratégia médico-sanitária, para a saúde mental, compondo uma nova proposta de olhar para o sofrimento individual na virada da década de 1990 para os anos 2000. Com a Política de Atenção Integral a Usuários de Drogas, de 2003, e com as Portarias nº 816 de 2002 e nº 1.028 de 2005, a RD tornou-se orientadora das ações dos Caps, tornando-se eixo principal do cuidado de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas em conjunto com a atenção psicossocial. A RD vai muito além da prática de troca de seringas, trata-se de uma estratégia clínico política, pois ao mesmo tempo que é uma diretriz política, é também prática e ética do cuidado, que atua na prevenção e além dela (Bastos; Alberti, 2021; Brasil, 2003; Nicodemos, 2020; Petuco, 2019; Santos, 2018; Teixeira *et al*, 2017). A política de RD tem como objetivo ainda intervir no território, construindo redes e oferecendo suporte social (Brasil, 2003). Para Passos e Souza (2011), a política de RD - enquanto paradigma ético, clínico e político - significa o enfrentamento à política proibicionista.

A RD permite que o próprio saber do sujeito sobre o uso que faz da droga seja empregado em seu tratamento, com foco na promoção de autonomia e cidadania. Diz respeito a um conjunto de ações que visa atenuar riscos e prejuízos associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Tem por objetivo possibilitar o acesso ao cuidado para todos que dele necessitem, sem impor critérios ou condição prévia para adesão, permitindo assim que mesmo as pessoas que necessitam algum tipo de cuidado, mas não o solicitam, possam dele se beneficiar, pois é uma proposta que não exige muito do sujeito. Leva em conta ainda a singularidade e as possibilidades de escolha de cada um, respeitando a diversidade. As ações de redutores de danos, que atuam no território, incluindo nas cenas de uso, demonstraram questões importantes que não chegavam diretamente aos serviços de saúde mental, o que ressalta a importância desse trabalho para que exista de fato acesso à saúde. Nessa direção, a RD foca no sujeito e na relação com a droga e com o território a fim de promover autonomia e responsabilização. Nessa lógica, a abstinência não é uma exigência, mas uma possibilidade, uma escolha que fica a cargo do próprio usuário (Bastos; Alberti, 2021; Brasil, 2003; Nicodemos, 2020; Petuco, 2019;

Santos, 2018; Teixeira *et al*, 2017). Por isso é considerada a abordagem mais adequada ao problema das drogas na perspectiva da saúde pública (Teixeira *et al*, 2017).

### **3.3.2. A Política Integral de atenção ao Usuário de Drogas e a Lei 11.343/2006**

O avanço da RP e da política de RD no país favoreceu que a questão das drogas fosse assumida como um problema de saúde pública, o que encontrou expressão na publicação da Política Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas em 2003. Assim, o uso de drogas foi assumido pelo Ministério da Saúde na lógica da saúde coletiva, atuando de forma ampliada e integrada à área técnica de saúde mental com objetivo de educar, prevenir, oferecer propostas terapêuticas diversificadas, reabilitar e promover saúde, em interface com outros ministérios e setores organizados da sociedade civil. Já se compreendia nesse momento que o estigma atribuído ao usuário de álcool e outras drogas, cuja imagem era associada à delinquência, reforçava sua exclusão social, e que a rigorosa lei criminal era um dos fatores que dificultavam o acesso à saúde. Tendo em vista este contexto, a Política Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003) destacou a necessidade de um novo caminho para o cuidado que não fosse excludente e que proporcionasse a reconstrução de movimentos possíveis para o sujeito no território junto a sua rede de apoio e à comunidade com objetivo principal de defesa da vida. Nesse caso a RD teria condições de fornecer sustentação teórica e prática para atuação nessa direção.

Para construção desta política foram considerados a publicação da OMS *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança* e as recomendações da III CNSM , ambas de 2001. Nesta conferência, com o tema *Cuidar sim. Excluir não*, foi reafirmado o consenso sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica como conjunto de transformações de práticas, saberes e valores sociais e culturais, ainda que permeado por tensões e conflitos. Seu relatório evidencia a necessidade de uma rede de atenção que contemple usuários de álcool e outras drogas como responsabilidade do SUS, mas que não seja uma questão reduzida ao campo da saúde. Dentre as propostas que constam no relatório estava a criação de dispositivos de atendimento em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas que fossem capazes de evitar internações em hospitais psiquiátricos e clínicas. Foi proposto ainda o descredenciamento e a proibição da internação nessas instituições. Foram ainda absorvidas para construção desta política recomendações da publicação da OMS *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*, que dizem respeito a ações básicas para a área,

como: assistência em cuidados primários; disponibilidade de medicamentos essenciais em saúde mental; promoção de educação e cuidados comunitários que envolvam usuários, familiares e a comunidade; desenvolvimento de recursos humanos para a área, atuação de forma integrada com outros setores; monitoramento da saúde mental da população; e incentivo e apoio a pesquisas científicas (Brasil, 2002c; 2003) .

Essa política foi operacionalizada com o Programa de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas por meio da Portaria nº 2.197 em 2004. Foi assim estabelecido que o cuidado ao usuário de drogas deve ser articulado e prestado pela atenção básica, pelo Centro de Atenção Psicossocial para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas (Caps Ad), serviço hospitalar de referência (leitos de urgência, emergência de curta duração em hospital geral) e rede de suporte social (complementar a rede de saúde de acolhida e cuidado). Todos esses componentes para efeito desta portaria devem atuar de maneira articulada e observando as determinações da lei de saúde mental (nº10.216 de 2001). O Caps Ad destaca-se como operador da política pública de Saúde Mental nessa área e organizador da rede de cuidados. Assim como as outras modalidades de Caps, ele atua em caráter aberto e territorial a partir de equipe multiprofissional e interdisciplinar. Juntamente com a atenção básica, deve adotar, dentre outras coisas, a RD como estratégia norteadora do cuidado (Brasil, 2003; 2004b). As ações definidas como RD pela Portaria nº1.028 de 2005 consistem em: informação, educação e aconselhamento; assistência social e a saúde e disponibilidade de insumos de proteção à saúde e prevenção de HIV e hepatites. É estabelecido que deve haver respeito à diversidade e à liberdade de decisão dos usuários sobre qualquer procedimento a ser realizado. Foi definido ainda incentivo financeiro para fomentar essas ações (Brasil, 2005a; 2005b).

Ainda em 2005 foi aprovada pelo Ministério da Justiça a Política Nacional sobre Drogas, resultante de um longo e complexo trabalho iniciado em 2003 quando houve um seminário denominado *Novos Cenários para a Política Nacional Antidrogas*. Este foi promovido pela SENAD a partir de uma agenda determinada pelo então presidente da república recém-empossado Luiz Inácio Lula da Silva que tinha por objetivo o realinhamento da Política de Drogas. Deste seminário resultou o compromisso entre 13 ministérios em trabalhar em parceria com a SENAD para tratar da questão das drogas numa nova perspectiva que levasse em conta os contextos: internacional, nacional e regional. A partir daí o processo de trabalho considerou uma metodologia descentralizada e democrática, em que o governo federal seria o articulador de toda discussão, a comunidade

científica mediadora e a sociedade civil como protagonista. Em um primeiro momento foi realizado um seminário internacional, que aconteceu em 2004, com a presença de representantes de sete países com diferentes modelos de políticas de drogas. O encontro tinha por objetivo conhecer as experiências desses países. No mesmo ano ocorreram fóruns regionais em cada região do país para discutir os capítulos da Política Nacional Antidrogas. Por fim, foi realizado o Fórum Nacional sobre Drogas, em que foram decididas modificações importantes com relação a esta política: o nome foi trocado para Política Nacional *sobre* Drogas, e não mais, *Antidrogas*; implementação de conselhos de caráter deliberativo, consultivo e normativo, com composição paritária em todos os níveis de governo e o reconhecimento da distinção entre usuário, dependente e traficante (Brasil, 2005c; Duarte, 2010; Westin, 2004). Para Teixeira *et al* (2017), nesse momento havia uma tendência de uma abordagem antiproibicionista em diferentes setores em relação às políticas de drogas. Há de se lembrar que as tentativas de construir uma Política Nacional sobre Drogas que não fosse pautada apenas na repressão já tinham sido iniciadas em 1998 pelo presidente Fernando Henrique Cardoso a partir do que foi proposto na 20º Assembleia Nacional da Organização das Nações Unidas (ONU) (Machado, 2006).

Para implementação da Política Nacional sobre Drogas foi necessário que a legislação fosse modificada pois a lei de drogas vigente nesse período era a Lei nº 6.368 de 1976. Diante disso foi aprovada em 2006 a Lei nº 11.343, que tramitava desde 2002. Nesta, em consonância com o tratado internacional, se manteve o caráter proibicionista, com aumento da pena mínima de prisão por tráfico, que migrou de três anos para cinco anos. O consumo de drogas consideradas ilícitas não foi legalizado, porém foi despenalizado, sendo determinado o fim do tratamento obrigatório. Porém, a lei determina que quem for pego ao adquirir, transportar ou trazer consigo drogas consideradas ilícitas para consumo próprio poderá ser submetido à advertência, prestação de serviço à comunidade ou comparecimento obrigatório ao programa ou curso como medida educativa (Alarcon; Belmonte Jorge, 2012; Brasil, 2006b; Duarte, 2010; Rodrigues, 2006; Vargas; Campos, 2019). Rodrigues *et al* (2009) e ainda Kinoshita (2013a) discutem que, embora esta lei se configure como avanço, não discrimina parâmetros precisos para que se diferencie um usuário de um traficante, ficando essa interpretação a cargo do elemento subjetivo. Segundo a Lei nº 11.343 de 2006, o juiz deverá observar, dentre outras coisas, a quantidade, as circunstâncias e os antecedentes de quem porta a droga para determinar tratar-se de uso pessoal ou tráfico.

Machado (2006) aponta que existia uma duplidade com relação ao desenvolvimento das ações de saúde no campo das drogas, pois a SENAD era o órgão executivo de ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, mesmo sendo o SUS o responsável pela saúde integral. A autora lembra que o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD) convocou o II Fórum Nacional Antidrogas no mesmo dia em que aconteceria a III CNSM e que quem estava na Conferência reivindicava discutir o campo de álcool e drogas, porém os que estavam no Fórum não tinham interesse em discutir saúde pública. O que Fossi e Guareschi (2015) perceberam foi que, de um lado, o Ministério da Saúde tinha como horizonte a RD e o cuidado em liberdade, enquanto, de outro, o Ministério da Justiça, preconizava abstinência e internação. Esse dissenso foi acompanhado da definição de diretrizes distintas: a Política Nacional Sobre Drogas, da SENAD, no âmbito do MJ, e a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, do MS.

Em 2007, um levantamento realizado pela SENAD, pela Universidade de Brasília (UNB) e pelo IPEA pesquisou as instituições que se dedicavam às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Foram mapeadas e cadastradas, em um primeiro momento, 9.503 instituições governamentais e não-governamentais. Dentre elas estavam clínicas privadas, Caps Ad, conselhos estaduais e municipais antidrogas, universidades, centros de pesquisa, hospitais psiquiátricos, grupos de ajuda mútua, psicoterapia e comunidades terapêuticas. Na segunda etapa 2.000 questionários foram enviados a essas instituições, 94% foram respondidos. Dos 1.256 questionários válidos, 850 (67,7%) eram de instituições não-governamentais. Destes, 483 instituições se declararam CT. Entre as instituições governamentais, prevalecem os Caps Ad, com 153 serviços (Brasil, 2007a). De acordo com o relatório Saúde Mental em Dados (Brasil, 2008) esse número chegou a 160 até o final de 2007. Neste ano a cobertura das três modalidades de Caps no Brasil chegou a 50%, sendo que os Caps ad representava pouco mais de 10% do total implantado à época. Dos municípios com mais de 100 mil habitantes, 15% não contavam com nenhum Caps. Ainda segundo dados deste relatório, 19 estados tinham cinco ou menos Caps ad em todo seu território. Destes estados, dois não têm Caps ad. Há de se considerar ainda que neste período quase 90% dos municípios brasileiros<sup>26</sup> tinham até 50 mil habitantes, ou seja, a

---

<sup>26</sup> O Censo de 2010 contabilizou 4.957 municípios com menos de 50 mil habitantes, de um total de 5.565 municípios brasileiros. Não havia dados disponíveis para a faixa de 70 mil habitantes (IBGE, s/d). <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html>

princípio não eram elegíveis para implantação de Caps ad, que deveria ser criado quando a população local era maior que 70 mil habitantes. Embora se observasse uma expansão regular no número de Caps, esses serviços ainda eram insuficientes para atender à população. Vale dizer que nos municípios onde não há Caps ad, o atendimento a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas é realizado nos outros Caps; já os que não contam com Caps realizam esse atendimento por meio da atenção básica. Como discutido anteriormente, o atendimento em saúde mental, álcool e outras drogas têm importantes limitações relativas à falta de capacitação dos profissionais de saúde mental na área AD e dos profissionais da AB em saúde mental de modo amplo e à articulação em rede (Brasil, 2007b; 2015c).

Enquanto as políticas voltadas à área de álcool e drogas se consolidavam, o uso de crack passou a se destacar principalmente nos grandes centros urbanos de forma a mobilizar a população (Teixeira *et al*, 2017). A produção de um *pânico moral* por conta de um discurso sobre a letalidade do crack, como uma droga mortal capaz de tornar qualquer um dependente de seu uso, foi amplamente divulgado e pulverizado pela mídia sendo chamada de *Epidemia de Crack* (Nicodemos, 2020; Monteiro, 2011). O cenário desafiador promoveu uma série de debates, discussões e intervenções do governo que culminou no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD), instituído em 2009, e depois no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (PIEC), de 2010. Ambos tinham por objetivo reduzir a lacuna do tratamento e ampliar o atendimento a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, contemplando principalmente as pessoas em uso de crack (Brasil, 2009b; 2010a; 2011a; Teixeira *et al*, 2017).

Foi considerado diversificar as ações de prevenção, promoção de saúde e redução de riscos e danos pelo uso prejudicial de drogas para que estes programas atendessem a essa demanda. Assim, entre 2009 e 2010 foram implantados 26 Caps Ad, totalizando 242 serviços e 34 equipes de Consultório de Rua. Este programa oferece cuidados básicos de saúde a pessoas em situação de rua com grave vulnerabilidade social e difícil adesão ao tratamento. O trabalho destas equipes deve ser realizado a partir da RD, de forma territorial, em parceria com outros setores, com objetivo criação de vínculo, orientações sobre direitos e políticas públicas e a ofertar tratamento a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas (Brasil, 2010c). Ainda em 2010, o Brasil contava com 58 Escolas de Redutores de Danos (implantadas ou em processo de implantação), instituições que

oferecem formação em RD para atuação de profissionais de saúde mental junto à população usuária de álcool e outras drogas (Brasil, 2011e). Com o PEAD a cobertura em saúde mental chegou a 57% no Brasil em 2009. Ainda assim, considerava-se que existia uma grande lacuna: das 266 cidades com mais de cem mil habitantes, 40 ainda não contava com nenhum Caps e nem processo eficiente de leitos de atenção integral. Era ainda necessária a ampliação de diversos serviços além dos Caps, como os programas de RD, as ações de saúde mental na atenção básica e os leitos em hospitais gerais, fundamentais na garantia de acessibilidade e resolutividade (Brasil, 2008; 2009a).

Em 2011 o Governo criou o programa *Crack é preciso vencer*, que contou com a participação dos Ministérios da Justiça, Saúde, Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Secretaria de Direitos Humanos. Dividido em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção, o programa tinha por objetivo um conjunto de ações de enfrentamento à questão do crack e outras drogas no prazo de 2011 a 2014 (Conselho Nacional de Municípios – CNM, 2014). De acordo com Gomes (2019), nesse período o tema das drogas passou a figurar na agenda de projetos prioritários do Governo Federal. A autora concluiu que a formulação do programa se deu por meio de demandas e pressões de cunho social e político. Segundo o CNM (2014), o governo havia sido duramente criticado pelo valor destinado ao PIEC, que somava quatro milhões de reais, considerado insuficiente. Para o CNM, o novo programa foi proposto no intuito de minimizar as críticas, repassando dessa vez a soma de quatro bilhões de reais. O programa previa ainda o financiamento em CTs como parte do eixo de cuidado, revelando uma disputa na arena do tratamento de usuários de álcool e outras drogas, tema que será abordado no próximo capítulo.

Com a instituição da RAPS em 2011 os pontos de atenção foram divididos em: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial e cada um deles comporta um ou mais tipos de serviço (Brasil, 2011f). Destaca-se para essa discussão os dispositivos estratégicos<sup>27</sup> no atendimento a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas: os Caps Ad, a equipe de Consultório na Rua (CnR), os leitos de saúde mental em hospital geral, as Unidades de Acolhimento (UAs) e as CTs. A equipe de CnR, anteriormente

---

<sup>27</sup> Conforme descrito anteriormente, os Caps em geral e a atenção básica também atendem a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, sobretudo quando não há Caps ad no território.

nomeadas Consultório de Rua, passaram ao âmbito da atenção básica. Tem como responsabilidade ofertar ações de cuidado à população em situação de rua, pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas. Os profissionais do CnR devem atuar de forma itinerante em parceria com profissionais de outros pontos de atenção da RAPS. Os leitos de atenção em hospital geral oferecem atendimento integral, articulado a outros serviços da rede, à pessoa em crise. As UAs funcionam 24 horas em caráter residencial. Oferecem cuidado contínuo em saúde a pessoas com necessidade decorrente de uso de crack, álcool e outras drogas que estejam em situação de vulnerabilidade social e familiar por até seis meses. O acolhimento e permanência na UA é voluntário e depende de projeto terapêutico singular definido por equipe do Caps de referência. São divididas em Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) para o público adulto e de 12 a 17 anos, respectivamente (Brasil, 2011f; 2012a).

O cuidado em saúde ofertado a pessoa em uso prejudicial de álcool e outras drogas deve acontecer de forma integral, e isso dá pela atuação de uma rede que funcione de maneira intersetorial e interdisciplinar em que os pontos de atenção estejam integrados e articulados (Pereira, 2018; Teixeira *et al*, 2017). Para o atendimento a questões complexas, como as da saúde mental, Santos e Pires (2020) compreendem que são necessárias ações sofisticadas que utilizem recursos intersetoriais, interdisciplinares e transversais que colaborem entre si. Sobre essa questão, Pereira (2018) ressalta que o diálogo entre diferentes serviços é há muito tempo um desafio no campo das políticas sociais e deve ser considerado um processo de trabalho que pode possibilitar o fortalecimento de laços entre os sujeitos. Porém, Santos e Pires (2020) advertem que, em razão de uma rede pressupor instituições e atores diversos, é necessário haver entendimentos e objetivos comuns entre os envolvidos. Ocorre que as CTs foram inseridas na RAPS quando esta foi instituída, porém não compartilham dos mesmos critérios éticos e técnicos que orientam os serviços orientados pela Reforma Psiquiátrica e pela RD.

A configuração da RAPS em dezembro de 2014, prazo limite para as ações previstas no Programa *Crack é Possível Vencer*, pode ser observada no relatório Saúde Mental em Dados (Brasil, 2015c) e na TABELA 1, abaixo. Os dados retratam também os efeitos do investimento feito pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n° 615 de 2013 para a construção de Caps (diferentes modalidades) e UAs (Brasil, 2013a). Assim, no final de 2014 havia 34 UAs implantadas e mais 156 em construção, bom crescimento, mas número insuficiente para efetivar o cuidado no campo do cuidado a pessoas em uso

prejudicial de álcool e outras drogas. O mesmo déficit ocorreu em relação aos leitos em hospital geral, que somavam 4.620, aos Caps Ad II, que chegaram a 309, e aos Caps Ad III, inaugurados em 2011 e que em dezembro de 2014 somavam 69 serviços do tipo no país (Brasil, 2011d; 2015c). Até aquele momento também foram habilitadas 111 equipes de CnaR e contabilizados 888 leitos de saúde mental em 187 hospitais gerais. Convém mencionar ainda que, dos municípios brasileiros que possuíam até 15 mil habitantes, metade não tinha NASF e a maioria contava com mais de 50% de cobertura da Equipe de Saúde da Família (ESF).

Tabela 1: Número de serviços de Saúde Mental em 2014

	Serviços	Nº
<b>Caps Ad II</b>		309
<b>Caps Ad III</b>		69
<b>Unidades de Acolhimento</b>	Prontas Em construção	34 190 156
<b>Equipes de Consultório na Rua</b>		111
<b>Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral</b>	Nº de leitos Nº de hospitais com leitos	888 187

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2015c)

Sobre as políticas formuladas a respeito dessa temática, Teixeira *et al* (2017) constatam, a partir de uma pesquisa acerca da legislação sobre drogas publicada entre 2000 e 2016, que não existia uma tendência linear progressista em direção ao modelo psicossocial e à RD. Para as autoras, embora o modelo de RD estivesse ganhando protagonismo, ainda havia ênfase no paradigma de “guerra às drogas”.

Conforme discutido anteriormente, em 2016 houve uma ruptura democrática e, naquele contexto, a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas sofreu diversos ataques. O processo, nomeado de contrarreforma, foi conceituado por Guljor e Pinho (2023) como mudança do modelo assistencial por meio de articulação institucional, política e social, que tem por objetivo afirmar o modelo de internação realizado por serviços privados que se utilizam de atos infracionais<sup>28</sup> para disputar financiamento público. Como parte desse processo, as CTs ganharam força e os hospitais psiquiátricos foram incluídos na RAPS.

Em 2017, o 3º Levantamento Nacional Domiciliar sobre Uso de Drogas (Bastos et al, 2017) teve sua divulgação proibida pelo Governo Federal sob a justificativa de não ter

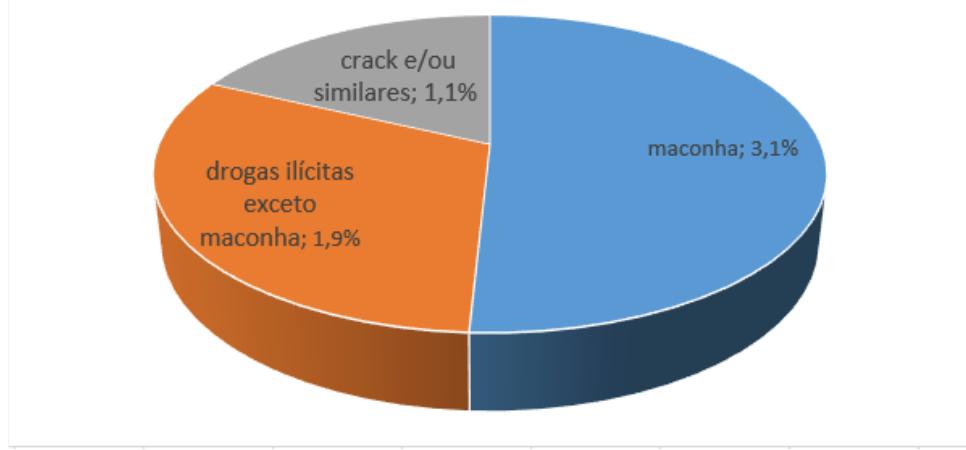
<sup>28</sup>Infracionais – que tem posição inferior à Lei. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/infracionais#:~:text=%5B%20Jur%C3%ADcico%2C%20Jurisprud%C3%A1ncia%20Que%20est%C3%A1,acto%20infracionais%3B%20normas%20infracionais>.

atendido aos requisitos do edital lançado em 2014 pela SENAD. Ele foi vencido pela Fiocruz, que realizou o estudo durante o ano de 2015. A pesquisa comprovou que não havia uma epidemia de drogas no Brasil, como pode ser observado no Gráfico 1, contrariando a teoria utilizada à época para fomentar internações em hospitais psiquiátricos e CTs (DIAS, 2023). Em 2019, após a questão ser levada à Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Pública Federal da Advocacia Geral da União, a pesquisa foi liberada. De acordo com uma nota emitida pelo Ministério da Saúde em junho de 2023, foram questões ideológicas e políticas que levaram aos questionamentos dos resultados da pesquisa (Informações [...], 2023). O Tribunal de Contas da União (TCU) (2022, p. 37), no relatório de auditoria operacional de serviços assistenciais do Ministério da Cidadania, considerou o estudo da Fiocruz “abrangente, com metodologia sólida, tendo produzido dados importantes e confiáveis sobre o uso de entorpecentes no Brasil”, sendo passível de sustentar projetos e planos no campo da Política de Álcool e Outras Drogas.

Gráfico 1. – Prevalência de usuários de Drogas entre 12 a 65 anos, 2017

### Estimativa de usuários de drogas entre 12 a 65

anos de idade %



Fonte: Bastos et al, 2017

Retomando o cenário de 2017, ainda naquele ano foi instituído o Comitê Gestor Interministerial, composto pelos Ministérios da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho, com objetivo de criar um espaço de articulação e integração de programas e ações para pessoas em uso prejudicial de drogas. Entre as ações, o comitê previa: prevenção, cuidado, reinserção social, formação e pesquisa. Sendo assim, a política de drogas passa a ser competência

desses ministérios, com foco no acolhimento em Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2017c). No ano seguinte, o CONAD aprovou o realinhamento da PNAD com base na oposição à legalização das drogas, abstinência e fomento a CTs (Brasil, 2018), consolidando posição há muito pretendida por políticos e segmentos conservadores.

A partir de 2019 foi estabelecida a responsabilidade do Ministério da Cidadania com relação a educação, campanhas de prevenção, implantação e implementação de rede integrada e avaliação e acompanhamento de tratamento com relação a drogas lícitas e ilícitas. Para isso foi criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Reinserção Social (SENAPRED), que fortaleceu as CTs por meio de credenciamento, cadastro e outras ações (Brasil, 2019a; 2019b), como será visto no próximo capítulo.

Na sequência, a Lei de Drogas nº 11.343 de 2006 foi alterada pela Lei nº 13.840 de 2019. Por meio desta, foram modificadas as regras para internação involuntária, que a partir de então continua a ser formalizada por médico, porém pode ser solicitada por familiar ou por servidor público da assistência social, saúde ou integrante do Sistema Nacional de Política sobre Drogas (SISNAD). Para isso os critérios levados em conta são o tipo de droga e o padrão de uso. Não obstante a Lei nº 13.840 informe que a internação só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, ela é incluída na seção sobre o tratamento do usuário ou dependente de drogas (Brasil, 2019e). Segundo Ferreira (2020, p. 18), embora a internação involuntária já existisse no ordenamento jurídico, ela não existia na legislação específica sobre drogas. No contexto das CTs, a notificação da internação involuntária ao Ministério Público em até 72h, prática pouco realizada no campo da saúde mental, tendia a se tornar regra. Com isso, o processo de privação de liberdade do usuário de drogas deixaria de observar “a máxima que ninguém será privado de sua liberdade sem o devido processo legal, desrespeitando o contraditório e a ampla defesa”, implicando na violação dos direitos desse sujeito. Para Passos *et al* (2020), o objetivo das mudanças realizadas é o endurecimento da política de drogas, o fortalecimento do modelo centrado na internação e a expansão das CTs, o que causa preocupação por não garantir que essa forma de internação não se torne uma limpeza social. Malgrado o exposto, não há até o momento mudanças previstas para essa Lei.

Montenegro *et al* (2022) indicam que o PL nº 7.763, que deu origem a essa Lei, foi proposto em 2010 e consideram que sua aprovação se deveu à reconfiguração da política nacional, nos últimos anos bastante conservadora e, no que diz respeito à política de drogas, calcada no paradigma proibicionista, asilar, com ênfase no modelo patologizante e

moralizante. Esses grupos já haviam se fortalecido desde o primeiro governo Dilma e ganharam mais força com o impeachment da presidenta, em 2016. Eles formaram a base do Governo Temer e seguiram presentes no Governo Bolsonaro, associando o conservadorismo de costumes à uma pauta hiper-liberal de caráter privatizante (Batista, 2020; Santos, 2018).

Em setembro de 2022, chamou a atenção uma ação da polícia em uma cena de uso de drogas em São Paulo em que um psiquiatra foi detido e uma psicóloga que o acompanhava foi atingida por uma bala de borracha enquanto atuavam ofertando cuidados no local (Dias, 2022). Em 2023, mesmo em uma nova configuração política, a história se repetiu durante uma ação de RD proposta para o Carnaval. Segundo informado no site da Escola Livre de Redução de Danos (Escola [...], 2023), o espaço onde acontecia a ação de RD *Fique Suave* tinha como objetivo oferecer informação, prevenção e acolhimento por meio de cuidado, repouso e hidratação, além de insumos de proteção, como distribuição de kits contendo água, preservativo, material educativo, entre outros. Por meio de uma denúncia anônima, a polícia chegou ao espaço e, sem mandato ou ordem judicial, vasculhou o local em busca de drogas, apreendendo os materiais. As coordenadoras precisaram ir até a delegacia onde prestaram depoimento (Vasconcelos, 2023). Esses dois exemplos demonstram que ainda há desconhecimento sobre as práticas de RD, além de ser vigente a perspectiva proibicionista que criminaliza o uso de drogas e afronta tentativas não probacionistas e absenteístas de lidar com ele. Ressaltamos que a RD foi instituída pela Portaria nº 1.028 de 2005, que determinou seu desenvolvimento por meio de ações de saúde a pessoas em uso de drogas sem interferir na oferta ou consumo de drogas. A atuação da RD pode compreender prática de aconselhamento, educação e oferta de informações; assistência social e à saúde; e disponibilização de itens de proteção à saúde e de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (Brasil, 2005a).

Desde que uma política para tratamento do uso prejudicial de álcool e outras drogas foi estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2003, houve um lento, mas significativo processo de rearranjos macropolíticos que, embora suportassem a orientação integral e universal adotada, produziram impasses político-institucionais. Talvez o mais importante deles foi o fato de que a atenção ao uso de drogas se manteve sob a alçada do campo jurídico que, por meio de uma política repressiva, seguia a cartilha do Controle Internacional de Drogas (Passos; Souza, 2011). Ainda em 1992, Bucher indicava que o uso prejudicial de álcool e outras drogas só deixaria de ser tratado como caso de polícia e

segundo um viés moralista se passasse a ser abordado a partir de conhecimento científico e fosse integrado com políticas sociais e da saúde, além de criar mecanismos específicos para mobilização do debate em todas as camadas da sociedade. O autor fez referência a um documento produzido pela Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD) na década de 1990 que defendia: que a questão das drogas (lícitas e ilícitas) deveria ser tratada como problema de saúde; que, para ser uma política eficaz, deveria ser integrada a uma política social; que deveria ser abordada de acordo com as particularidades de cada país e de cada região; que deveria haver participação de toda sociedade para a viabilização dos programas nessa área, e que todo e qualquer trabalho deveria basear-se em conhecimentos científicos. Provavelmente em razão de o documento ter sido encomendado pelo Ministério da Educação, seus princípios não foram colocados em prática e ele acabou por cair no esquecimento.

Assim, mesmo após ser assumida como questão de saúde pública, o tratamento daqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas se manteve num contexto de disputas entre forças progressistas que adotam a RD enquanto defesa da vida e da democracia e forças conservadoras que sustentam uma política antidrogas, baseada na abstinência. Esta, compreendida não como direção clínica possível, mas como paradigma articulado a uma rede de instituições e políticas que a veem como única forma de tratamento possível e que de forma coercitiva submetem os atores envolvidos ao poder jurídico, psiquiátrico e a moral religiosa. De acordo com Passos e Souza (2011), a política antidrogas sustenta práticas repressivas próprias da ditadura, principalmente sobre as comunidades mais pobres, constituindo um estado constante de Guerra dentro do Estado democrático de direito, sob o pretexto de manter a ordem social. Neste caso, não estaríamos falando de um estado de exceção, mas de um estado contínuo de guerra.

No livro de Drogas e Drogadição no Brasil, de 1992, Bucher já afirmava:

[...] que a presença de drogas na sociedade não é um artefato criado por traficantes internacionais, mas que obedece a uma lógica intrínseca (e às vezes perversa) ao próprio funcionamento da sociedade; que a procura por drogas não está ao alcance de mecanismos de intimidação repressiva, que a presença de fatores de risco na população é uma questão de saúde pública e educação (e não de polícia), e que assim deve ser tratada". A política repressiva é focada apenas na droga, que nessa perspectiva é considerada como a única responsável por gerar dependência. A experiência do uso de drogas é composta da droga, do contexto sociocultural e econômico e do usuário. Não é todo usuário de drogas que faz esse uso de forma prejudicial (BUCHER, 1992, p. 2).

Sobre isso, Passos e Souza (2011) argumentam que a RD, ao colocar em questão a criminalização e patologização sócio histórica do usuário de drogas, possibilita a construção de olhares diversos sobre o uso de drogas, que pode se constituir como escolha de cada sujeito: usar, se tratar, se abster ou reduzir o uso. A política de RD foi construída em um contexto de abertura política no Brasil em interface com a política mundial de guerra às drogas, em que as drogas assumem o papel de inimigo da democracia e das nações, contexto em que, quem não se une à humanidade contra as drogas, pode se tornar inimigo dela. Nesse contexto, a definição da RD como orientadora da Política Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas aparece para

os autores como um paradoxo. Ainda assim, essa diretriz se sustentou por cerca de uma década, tendo sido frontalmente atacado quando da inclusão das CTs na RAPS, novo paradoxo, agora a partir da orientação programática em vigor no Ministério da Saúde.

Cabe sublinhar que o rearranjo da migração da RD do campo das DST/AIDS para a saúde mental no início dos anos 2000 representou o fim do financiamento das associações de RD, enfraquecendo e fragmentando esta rede, que, mesmo recebendo incentivos da Coordenação de Saúde Mental, não conseguiu uma adesão significativa (Passos; Souza, 2011). Em 2012 Alarcon analisava que, naquele momento, a RD no Brasil se dava em relação aos efeitos colaterais do uso das drogas no corpo e no âmbito social, deixando de ser uma lógica ampliada ao não considerar os malefícios da política proibicionista. O cuidado a pessoas em uso prejudicial de drogas, reivindicado pelo campo da saúde, permanecia atrelado ao controle ou ausência de danos, ou seja, saúde como ausência de doenças. O autor apontava ainda que a legislação brasileira que criminaliza o usuário de drogas, se refletia no cuidado oferecido ao usuário âmbito da saúde (Alarcon, 2012). Desde então a situação se agravou.

Como exposto no capítulo, a abordagem do uso de álcool e outras drogas sofreu muitas mudanças desde o séc. XIX. No início esse uso era lido pelo modelo moral, entendido como fraqueza de caráter. Depois foi tratado como crime pela justiça e então como doença pela medicina psiquiátrica. Só recentemente foi compreendido como questão de saúde pública pela perspectiva da atenção psicossocial norteada pela RD. Nos últimos anos, entretanto, foi possível observar uma série de retrocessos no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, que passou a ser direcionado novamente por uma perspectiva moralizante, baseada na abstinência. A despeito das críticas à contrarreforma, ficou claro que o investimento do governo em instituições privadas baseadas na internação e

abstinência, as CTs, lhes é anterior, datando de 2011 quando da criação da RAPS. Mesmo agora, em 2023, ano de mudança de governo e rearranjos políticos e programáticos, as CTs mantiveram seu espaço. Nos próximos capítulo nos dedicaremos ao estudo sobre esse tipo de instituição e como ela assumiu um lugar de destaque na assistência em saúde mental.

## **4. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: HISTÓRIA, PERFIL, REGULAMENTAÇÃO**

### **4.1. Do modelo psiquiátrico ao de tratamento da dependência química**

O termo Comunidade Terapêutica (CT) foi criado em 1946 por T. F. Main para designar o trabalho que desenvolvia com Bion e Reichman no Northfield Hospital, em Birmingham (Basaglia *et al*, 1994). Para Main (1946), o experimento do hospital Northfield visava à plena participação de todos os membros da comunidade no cotidiano do hospital, e eventualmente à ressocialização do sujeito em tratamento. Em 1959 Maxwell Jones, psiquiatra inglês, adotou o termo e o consagrou por meio de seu trabalho realizado no Hospital Belmont, relacionando-o a uma série de experiências que objetivavam reformar o modelo psiquiátrico vigente na Inglaterra naquele período, de caráter asilar. A proposta de Jones era democratizar o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico a partir de práticas de relação horizontal entre a equipe, usuários e familiares, tornando as pessoas em tratamento partícipes desse processo ao criar um ambiente organizado em comunidade (Amarante, 1995).

Jones (1972) definia a CT como um ambiente em que era praticada a terapia social com objetivo de produzir mudanças nos indivíduos que a procuravam. Poderia ter diferentes estruturas, mas de forma geral eram baseadas em um sistema igualitário e democrático. Reuniam um grupo de pessoas, clientes e especialistas, vivendo e trabalhando juntas de forma a produzir uma relação terapêutica com o objetivo de proporcionar mudanças e crescimento pessoal, não devendo ter qualquer outra finalidade, como produção de alimentos ou religião. Essa proposta se diferenciava da psiquiatria tradicional, pois os clientes eram agentes ativos e não dependiam do planejamento e tratamento dos profissionais. O método CT desafiava a burocracia e as definições estáticas, anunciando uma mudança que foi de grande contribuição para uma reforma terapêutica no campo psiquiátrico. Segundo Basaglia *et al* (1994), o método da CT se constituiu por algumas práticas revolucionárias, como a negação da relação exclusiva médico-paciente e a participação de outros profissionais, de forma não-hierarquizada. Assim, tornou possível a ampliação da superfície de contato do paciente com a instituição, utilizando um plano terapêutico vasto com a contribuição de todos os atores ali incluídos.

De acordo com Clarck (1977), nas décadas de 1950 e 1960, o modelo da CT se difundiu e ganhou espaço, a princípio em hospitais, e em seguida como unidades independentes. A partir da década de 1970 houve uma perda de interesse e ele foi descartado como método pela maioria dos psiquiatras naquele período. O termo, no entanto, não foi abandonado. Ao contrário, foi adotado de modo indiscriminado para designar uma prática inteiramente diversa.

Essa prática surgiu na década de 1960 nos Estados Unidos e em seguida na Europa com a criação de CTs voltadas ao tratamento do uso prejudicial de drogas. A despeito de terem a mesma denominação, não há evidências que as CTs psiquiátricas tenham influenciado as CTs para dependentes químicos. Este modelo adquiriu características próprias a partir da combinação de fundamentos religiosos e práticas médica-psiquiátricas baseadas numa proposta moralizante, diversas da de Jones, portanto (De Leon, 2014; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2017). De acordo com De Leon (2014), as CTs para dependentes químicos tinham como base o modelo Minnesota e a influência das práticas do programa Alcoólicos Anônimos (AA), da comunidade Synanon<sup>29</sup> e do grupo Oxford<sup>30</sup>, de forte tendência religiosa. Com o advento de outras influências, de natureza filosófica e psicológica, houve diversificação das CTs e durante a década de 1970 foi realizada a primeira conferência desse tipo de instituição para definir sua pauta e propósitos. Dela emergiu a organização nacional norte-americana Therapeutic Communities of America (TCA), que marcou a passagem das CTs da condição de tratamento alternativo para modelo de atendimento corrente (comum) nos EUA.

Algumas definições de CT foram apresentadas pela TCA, dentre elas:

“A CT proporciona limites e expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal; emprega o banimento potencial, o reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento para fazer que ocorram a mudança e o desenvolvimento pessoais” (DE LEON, 2014, p. 30).

Desta feita, a CT funda o tratamento na autoridade, enfatizando o autocontrole e a aceitação da liderança. Tem por meta a reinserção do sujeito na sociedade por meio da transformação de sua identidade e a construção de um novo estilo de vida (De Leon, 2014).

---

<sup>29</sup> Programa de recuperação de pessoas em uso prejudicial de drogas (independente da substância) desenvolvido com base na experiência do Alcoólicos Anônimos e influências filosóficas e psicológicas (DE LEON, 2014).

<sup>30</sup> Discutidos no capítulo anterior.

## **4.2 As Comunidades Terapêuticas no Brasil**

Bastos e Alberti (2021) e ainda Serrano, Souza e Lemos (2017) indicam que as primeiras CTs surgiram no Brasil a partir da década de 1960: a Clínica Pinel, Clínica Léo Kanner, CT Movimento Jovens Livres, a Comunidade Cristã S8, Desafio Jovem, Movimento pela Liberdade de Vidas e a Fazenda do Senhor Jesus. As duas primeiras assumiram o modelo de Maxwell Jones e atendiam a pessoas em sofrimento psíquico por meio do trabalho multiprofissional a partir de uma concepção psiquiátrica, sendo a Clínica Pinel direcionada para adultos e a Léo Kenner para crianças e adolescentes. Já as demais eram voltadas para o atendimento de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas e baseavam-se em um trabalho religioso. A CT Movimento Jovens Livres é apontada como primeira desta modalidade no país e foi fundada em 1968 em Goiânia/GO pela Missionária presbiteriana Ana Maria Brasil. A seguir foram implantadas a Comunidade Cristã S8 em Niterói/RJ (1971), a Desafio Jovem em Brasília/DF (1972), a Movimento pela Liberdade de Vidas em Maringá/PR (1975) e a Fazenda do Senhor Jesus em Campinas/SP – inaugurada em 1978 pelo Padre Aroldo J. Rham, que fundou e influenciou a implementação de outras CTs no Brasil (Serrano; Souza; Lemos, 2017; Bastos; Alberti, 2021).

Desde então, se construiu no Brasil a compreensão das CTs como “entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário” (Brasil, 2018c, p.1). As CTs, se constituem como residências temporárias coletivas. É similar a uma família artificial que utiliza o convívio social e o ambiente como ferramenta terapêutica. Essa convivência acontece dentro da instituição, pois o sujeito permanece isolado de suas relações externas. O tratamento dura em média nove meses, dividido em três fases: a primeira fase caracterizada pelo período de desintoxicação, controle dos sintomas da abstinência e aprendizado sobre a *doença*; a segunda é quando se inicia o tratamento propriamente dito e a adesão às tarefas propostas; e, a última, a reinserção social, marcada pelas saídas terapêuticas. Esse percurso costuma ser baseado na tríade *disciplina-trabalho-espiritualidade*, que tem por objetivo a transformação subjetiva, eufemismo para designar a adaptação moral dos sujeitos que se submetem a esse modelo de tratamento para que renunciem de forma definitiva ao uso de drogas e voltem ao seio da sociedade (IPEA,

2017; Loeck, 2018; Natalino, 2018; Pires, 2018; Souza; Nunes; Santos, 2018; Villar; Santos, 2018).

Porém, não é tarefa fácil ilustrar o que são as CTs, uma vez que elas designam um grupo heterogêneo de instituições com poucas informações sistemáticas e gerais (Loeck, 2018; Natalino, 2018; Petuco, 2017). De Leon (2014, p.14) enfoca outro aspecto dessa dificuldade, que é o caráter adaptável das CTs a diferentes populações. O autor considera que tal flexibilidade tem como consequência a proliferação de estabelecimentos com protocolos e formas de trabalho próprias. Deste modo, não só é impossível conhecer quais elementos das CTs originais foram conservados como sabe-se cada vez menos acerca do funcionamento desses modelos adaptados, o que dificulta a avaliação da sua eficácia. Outra questão levantada pelo autor é que as bases teóricas e os métodos de aplicação enfraqueceram-se ao longo do tempo, sendo substituídos por atividades baseadas na experiência pessoal de dirigentes e internos mais antigos, limitadas pela transmissão oral e pelo enrijecimento dos hábitos e das rotinas. As CTs, portanto, carecem de um modelo teórico único que torne sua proposta homogênea. Ainda assim, De Leon foi capaz de cernir “elementos essenciais da CT”, aspectos que essas instituições conservam em comum, a saber: os pressupostos teóricos, conceitos e crenças. Eles interagem nos três componentes da CT, divididos didaticamente pelo autor: perspectiva, modelo e método.

A *perspectiva* diz respeito à concepção que se tem do sujeito em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ele costuma ser considerado responsável por seu transtorno e por sua recuperação, sendo visto como alguém que tem redução da função social e impessoalidade, estilo de vida antissocial e problemas com autoridades, incapacidade de manter abstinência e de controlar impulsos. Nas CTs, supõe-se a existência de uma “personalidade dependente”, descrita como uma predisposição física e psicológica do sujeito à dependência de drogas. Essa perspectiva leva em conta a influência de fatores psicológicos, biológicos e sociais e comprehende a dependência química como um sintoma que afeta a pessoa inteira, isso é, em todas as suas dimensões (De Leon, 2014, p.69).

O *modelo* de tratamento diz respeito ao ambiente da CT, cujas estruturas física e programática são vetores de promoção de mudança para o sujeito. Ali propõe-se a separação do mundo exterior, combatendo as “influências negativas do mundo lá fora”, e proporcionar novo estilo de vida, substituir valores e criar nova cultura para o sujeito (De Leon, 2014, p.113). Isso tudo deve ocorrer num ambiente “residencial”, semifechado, com limitações da saída, gradualmente liberada como privilégio pela melhora clínica. Nele há

rotina diária e atividades sistematizadas, como práticas religiosas e atividades de manutenção da CT. As tarefas diárias e manutenção da CT são realizadas por seus residentes, sendo este trabalho compreendido como mediador da socialização e elemento essencial do tratamento. Um aspecto importante é que a convivência é compreendida como relevante para recuperação, além da submissão à autoridade institucional, definida formal e explicitamente. As fases/estágios constituem a diretriz estrutural da recuperação. Marcada por um processo equivalente aos 12 Passos, ela se divide em três estágios. No primeiro (30 dias iniciais) o objetivo é a assimilação do sujeito pela comunidade e o estabelecimento de um compromisso. No estágio 2 são abordadas as metas e estimulada maior participação nas atividades. No último se promove a reinserção social. Como efeito de todo o processo espera-se a sobriedade (a interrupção do uso é exigida para o início do tratamento) e a mudança da personalidade do sujeito e de seu estilo de vida. Na CT crê-se em um poder superior e na importância da espiritualidade, porém afiliações e rituais religiosos não são estimulados.

Com relação ao *método*, as atividades proporcionadas pela instituição (em geral de caráter grupal) e a interação social são compreendidas como ferramentas de recuperação e bem viver. As atividades, rotina e normas, assim como os privilégios e sanções, são projetados para garantir a ordem da instituição e funcionar como um treinamento comportamental na promoção da socialização dos indivíduos. Isso porque, na perspectiva da CT, o sujeito em uso prejudicial de drogas é visto como desregrado, moralmente fraco e desajustado, além de ser considerado doente, chamado adicto ou dependente químico. Esse sujeito tem ainda atribuídas a ele a indisciplina, deficiência de julgamento, irresponsabilidade consigo e com outrem, baixa autoestima, compreensão inadequada da realidade e do bem-viver (IPEA, 2017). Precisa, portanto, ser comportamental e moralmente reeducado.

Loeck (2018) afirma que, independentemente das diferenças entre essas instituições, todas elas têm em comum a rotina rígida e repetitiva, período longo de internação, exigência de abstinência e a inserção de discursos espirituais-religiosos aliados ao discurso técnico-científico. Para o autor, essa composição se refere a recursos terapêuticos da medicina, psicologia e assistência social associados a práticas e crenças religiosas, denotando a percepção do uso de drogas como fraqueza moral e problema do indivíduo.

Assim, podemos pensar não só na conversão ao modelo de doença religioso-espiritual que vê o uso de drogas como um pecado, uma falha moral, mas

também na conversão ao discurso técnico-científico, que vê no uso problemático ou dependente de drogas como uma doença (por vezes, incurável), sendo que ambas apostam na abstinência como o foco do tratamento e na cronicidade como uma característica da doença. (Loeck, 2018, p. 97)

As CTs podem ser baseadas na religião, na laborterapia, no modelo psicológico ou médico assistencialista ou ainda na mescla dessas abordagens (Damas, 2013; Serrano; Souza; Lemos, 2017). De acordo com Pires (2018), atividades diárias como orações, cultos e leitura da bíblia foram declaradas em 90% das instituições pesquisadas. A laborterapia aparece na mesma proporção, com trabalho de limpeza e organização, atuação na cozinha e atividades físicas. No rol de psicoterapias, as mais prevalentes são psicoterapia individual (84%), psicoterapia de grupo (82%) e método do Doze Passos (70%). Isso demonstra a similaridade do esquema terapêutico dessas instituições, ainda que não fique claro o que se considera psicoterapia individual e em grupo e tampouco suas referências teórico-clínicas.

Ressalta-se que 53% dos dirigentes das CTs atuam motivados pela religião, majoritariamente centrado na fé cristã, sendo prevalente (82%) a vinculação das CTs a instituições religiosas. Apenas 17% das CTs relatam não possuir esse vínculo ou orientação religiosa, mas ainda assim compreender a fé como essencial para os objetivos do tratamento. Foi observado que a fé é vista como um meio de prevenção de recaídas e de uma conversão moral, e não religiosa (IPEA, 2017). Loeck (2018) explica que a espiritualidade envolve a prática religiosa e da fé através de cultos e leituras de textos religiosos. O autor indica que um grande número de CTs adota práticas religiosas-espirituais como terapêutica juntamente com práticas técnico-científicas embasadas em conhecimentos médicos, da assistência social e da psicologia, ainda que nem sempre contem com profissionais dessas áreas. Pires (2018) observa que, mesmo as CTs de orientações religiosas diferentes ou que declaram não atuar a partir de nenhuma crença religiosa, associam saberes religiosos, majoritariamente cristão, a saberes científicos. Vale aqui indagar se, e como, esses saberes ditos científicos são aplicados, uma vez que nem sempre há profissionais de saúde nas CTs e, quando presentes, parecem ter uma prática tão atravessada pelo viés espiritual. Essa associação é exposta por Souza, Nunes e Santos (2018), segundo os quais a espiritualidade é afirmada no método do 12 Passos, utilizado em 70% das CTs no Brasil, mesmo por CTs que não têm vínculo com alguma religião. Segundo Batista (2020, p.12), a maioria das CTs são religiosas e atuam como exercício da caridade e filantropia. Assim se aproximam de populações mais vulneráveis com a missão

de “salvar as pessoas do pecado e da perdição”. A terapêutica nessas instituições é, portanto, conduzida por meio de uma concepção moralista cristã.

Já a laborterapia consiste em trabalhos de geração de renda, manutenção ou atividades produtivas. Aparece em 92% das CTs como método terapêutico, porém não é articulada de modo sistêmico à qualificação dos internos para o mercado de trabalho (45% das CTs). Além da manutenção da própria CT, a forma de trabalho predominante é agricultura/pecuária, presente em 70% delas, seguida da produção de pães e doces, que acontece em metade das instituições estudadas. Construção civil aparece em 40% e a venda de produtos ou mercadorias em 18% (IPEA, 2017). Para Souza, Nunes e Santos (2018), a laborterapia é uma prática coadjuvante do processo disciplinar, o que pode ser identificado de modo extremo no aumento da carga de trabalho utilizado como sanção em 16% das CTs.

A convivência entre pares, entre pessoas que tenham experimentado situações semelhantes, é considerada elemento essencial nesse modelo. Destaca-se a importância do exemplo fornecido por aquele que, tendo se submetido ao tratamento em uma CT, tenha alcançado a abstinência pois isso demonstra viabilidade e confiabilidade do processo. Nesse sentido, os residentes são divididos hierarquicamente de acordo as metas e os objetivos que alcançam, podendo receber funções de liderança, apoio e vigilância (IPEA, 2017). Para Serrano, Souza e Lemos (2017), os pares exercem papel de modelo ou exemplo, além de difundir os valores da CT. Nela acredita-se que as relações interpessoais, dentro e fora do programa, são ferramentas de mudança de comportamento e de aquisição de habilidades para aprimorar o relacionamento com outras pessoas.

Essa convivência assume ainda mais relevância diante do isolamento social a que são submetidos os usuários, último aspecto do método da CT destacado nesta dissertação. Ele é compreendido como uma das vias de tratamento e explica que, a despeito de 88% da população brasileira ser domiciliada em área urbana, 74% das CTs estarem localizadas em área rural. Para Natalino (2018), isso serve ao propósito de desestimular visitas e diminui a possibilidade de abandono de tratamento pelo interno, pela distância de centros urbanos e falta de acesso a meios de transporte nessas regiões. Há ainda a regulação de visitas e de contato por meio de meios de comunicação, que de fato determinam o isolamento social dos que estão acolhidos. A figura 10 indica os diferentes tipos de isolamento social, os modos pelos quais ele se expressa e sua incidência.

Figura 10: Indicadores de isolamento social em CTs

<b>Tipo de Isolamento</b>	<b>Indicador</b>	<b>Incidência</b>
<b>Restrições à informação e comunicação com o mundo exterior</b>	Proibição de uso de celular pessoal ou de visitantes Proibição do uso de internet	91%
<b>Restrições a contatos face a face com os “de fora”</b>	Restrição de horários de visitas Proibição de relação sexual com esposos (as) ou Companheiros (as) Proibição de contato com amigos Proibição de contato com namorados(as)	95% 94% 17% 11%
<b>Retenção de documentos</b>	Retenção de documentos pessoais	85%
<b>Isolamento geográfico</b>	Localização em área rural Vagas disponíveis em terrenos com um hectare ou mais	74% 50%
<b>Isolamento inicial</b>	Proibição de visitas familiares no início do tratamento	65%

Fonte: Natalino (2018, p. 47)

Tendo em vista a discussão sobre perspectiva, modelo e método das CT, consideramos curiosa a consideração de que essas instituições assumem um modelo psicossocial. Essa análise aparece em quatro documentos da legislação brasileira referente às CTs, trabalhada em profundidade mais adiante. Os documentos são: a primeira regulamentação das CTs realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por meio da Resolução nº 101 de 2001, na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, de 2003, as Portarias nº 563 de 2019 e Portaria nº 721 de 2021 (Brasil, 2001b; 2003; 2019b; 2021f).

Em um módulo de curso oferecido pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) sobre CTs, *Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentações*, Fracasso (s.d) afirma que a expressão *Modelo Psicossocial* assume contornos próprios na perspectiva da CT, dizendo respeito à compreensão do indivíduo como ativo em seu processo de dependência da droga; à relação deste com o contexto (aspecto relevante no adoecimento do sujeito) e com a droga. Porém, é ponderado que essa perspectiva não é a mesma da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Relaciona esta diferença ao fato de o modelo das CTs não contemplar a integralidade e outros princípios dos Sistema Único de Saúde (SUS) observados nos serviços públicos de saúde. Ramôa, Teixeira e Belmonte (2019), ao comentarem esse fragmento do texto, acrescentam que o modelo psicossocial previsto na RAPS é baseado no conceito de saúde ampliada, no cuidado no território, na promoção da autonomia e no processo saúde-doença como fenômeno social. Na mesma direção, Santos (2018) critica o argumento das CT que reivindicam a adoção da expressão modelo psicossocial para designar seu modelo assistencial em vista do tratamento ali ofertado visar o sujeito por inteiro. Para a autora, esse pleito não se aplica porque as CTs atuam por meio do isolamento do sujeito, posição que implica no esgarçamento dos laços

sociais. Na RAPS, ao contrário, o cuidado oferecido é realizado no território, com fortalecimento do protagonismo e de vínculos sociais, baseado na redução de danos (RD) e na integralidade do cuidado.

Numa posição diversa, Perrone (2014), comprehende que as bases conceituais das CTs se assemelham em muitos aspectos às da Reforma Psiquiátrica. O autor considera que as relações interpessoais possibilitadas pela convivência nas CTs são suficientes para designar esse tipo de tratamento como psicossocial, embora reconheça que o modelo psicossocial é o contraponto do modelo asilar. Ele define que, na perspectiva da CT, se acredita que as relações interpessoais agenciam a modificação de comportamento, e nisso se aproximam da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, que define o modelo psicossocial como saúde mental indissociável do engajamento subjetivo e sociocultural. Porém, consideramos que a Atenção Psicossocial vai além dessa breve definição, conforme discutido anteriormente a partir de diferentes autores (Amarante, 2007; Leal; Delgado, 2007; Mattos, 2009; Tenório, 2001). Trata-se da promoção do cuidado que comprehende a experiência do sofrimento como um de tantos outros aspectos da vida, promovendo o cuidado de forma integral, o que no âmbito da Reforma Psiquiátrica significa que o cuidado deve ser exercido no território, considerando as necessidades físicas, sociais, econômicas, culturais e subjetivas do indivíduo, de modo que o sujeito seja atendido em uma perspectiva ampliada a partir de diferentes olhares e dispositivos. Mesmo Damas (2013), adepto do modelo de CT, concorda com os aspectos apontados acima e pondera que essa modalidade de tratamento produz um ambiente artificial, que, ao isolar o sujeito, sustenta uma lógica de discriminação e intolerância social. Além disso, não atua no aspecto coletivo, se distanciando do território, negando assim o cotidiano e os conflitos reais. Diante das diferenças expostas e da consagração da expressão atenção psicossocial ao modelo criado no âmbito da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, resta a pergunta sobre o que orientou sua adoção na política pública do país e porque ela se sustenta. Este tema será retomado no capítulo 5. A seguir abordaremos de forma breve alguns dados sobre o desenvolvimento das CTs no Brasil, a formação dos profissionais que atuam nessas instituições e o perfil dos usuários. Em seguida trataremos da sua regulamentação no país.

#### **4.2.1 O desenvolvimento das Comunidade Terapêuticas no Brasil, a formação profissional e o perfil dos usuários**

Desde a inauguração das primeiras CTs no Brasil voltadas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas nos anos 1960, tem havido uma ampliação progressiva desse tipo de instituição. De acordo com Ipea (2017), foram fundadas no Brasil 300 entre 1986 e 1995, 796 entre 1996 e 2005, e 746 de 2006 a 2015 (Tabela 2). Esses dados reforçam o diagnóstico feito pela SENAD ainda em 2007 que afirmava a prevalência das CTs dentre instituições não governamentais que tratavam da questão do uso de drogas (Brasil, 2007a). Entre 2009 e 2011 novo censo foi realizado com objetivo de levantar, identificar e mapear as instituições de atendimento a usuários de álcool e outras drogas que se enquadram na categoria de CTs em todo o Brasil. Foi coordenado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre em conjunto com o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e financiado pela SENAD. O censo revelou 1.795 CTs, cujas informações foram disponibilizadas em um site com um mapa interativo<sup>31</sup> (IPEA, 2017; Censo [...], 2023).

Destacamos que a expansão das CTs acontece ao mesmo tempo em que há o crescimento do pentecostalismo e neopentecostalismo<sup>32</sup> no Brasil. Carvalho (2023) aponta que houve um aumento de 17.033 templos evangélicos em 1991 para 109.560 em 2019 (representando crescimento de 543%). Segundo o Censo de 2010 (ainda não há informações sobre religião do Censo de 2022), o segmento evangélico foi o que mais cresceu no Brasil, que passou de 15% em 2000, para 22% da população em 2010 (Censo [...], 2012). Acompanhando esse aumento, é crescente ainda a ocupação de lugares de decisão por líderes religiosos. Atualmente a Frente Parlamentar Evangélica conta com 203 deputados e 26 senadores. Com possibilidade de exercer forte pressão com relação a temas polêmicos, tem influenciado em decisões relacionadas à política de drogas (Bragon, 2023; Câmara dos Deputados, 2023). Ademais, Doudelement e Conceição (2018) ressaltam que, além de ter interesses em comum com a Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas (FPCT), como o fortalecimento das CTs e a política proibicionista em relação às drogas, a Frente Parlamentar Evangélica é composta por parlamentares que também participam daquela bancada.

---

<sup>31</sup> Atualmente o site com este mapa se encontra fora do ar.

<sup>32</sup> Petecostalismo e neopentecostalismo são correntes do cristianismo protestante.

Em 2014 coube ao IPEA a realização de um estudo sobre as CTs, também por solicitação da SENAD, com o fito de conhecer sua extensão no país e contribuir para a melhoria das políticas associadas a elas. Embora não esgote todos os aspectos referentes às CTs, essa pesquisa reuniu dados qualitativos e quantitativos sobre as práticas, estrutura física e funcionamento que resultou em uma nota técnica e no livro *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão* (IPEA, 2017; 2018).

Tabela 2 - Número de CTs fundadas por período, 2017

Ano de Fundação	Nº
1966 a 1985	108
1986 a 1995	300
1996 a 2005	796
2006 a 2015	746
<b>Total</b>	<b>1.950</b>

Fonte: Elaboração própria com base em IPEA (2017)

Esse estudo considerou que havia 1950 CTs no país e observou que elas estavam presentes em todo o território nacional, conforme indica a tabela 3. Chama atenção sua concentração nas regiões sul e sudeste, majoritariamente nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Tabela 3 - Número de CTs por região, 2017

Região	Nº	%
Norte	139	7,37
Nordeste	330	17,06
Sudeste	812	41,77
Sul	510	25,57
Centro-Oeste	172	8,23

Fonte: IPEA, 2017

De forma predominante, as CTs se encontravam instaladas em imóveis rurais com mais de 1000m<sup>2</sup> (de área total), sendo aproximadamente 50% com capacidade para acolher no máximo 30 pessoas (IPEA, 2017). A tabela 4 revela que, ainda que não seja maioria, é expressivo o número de CTs com capacidade para acolher entre 70 e 300 pessoas, o que certamente se afasta de um modelo residencial, assemelhando-se mais aos hospitais psiquiátricos de médio e grande porte, que vinham tendo seu tamanho reduzido nas últimas décadas. Foi observado ainda que 74% dessas instituições se localizam em áreas rurais. Todavia, a maioria em áreas rurais de cidades de grande porte. Desde então esse número cresceu de modo expressivo, associado ao forte financiamento do governo federal, especialmente desde 2017, como abordaremos no capítulo 5.

Tabela 4 - Número de CTs de acordo com o porte, 2017

Capacidade	N
1 a 30	954
31 a 70	775
71 a 300	221
Total	1950

Fonte: Elaboração própria com base em IPEA, 2017

Não foi encontrado levantamento mais recente sobre as CTs no Brasil em nível nacional. Há, sim, pesquisas de mapeamento sobre CTs de caráter regional, algumas em andamento, como por exemplo o Mapeamento do Crescimento das Comunidades Terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro (Lemgruber; Napolião, 2022); o Projeto Política de Drogas e CTs na Região Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Atenção ao Uso de Drogas e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas de Saúde e Segurança da Universidade Federal Fluminense (UFF [...], 2023). No site do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social Família e Combate à Fome (MDS) há um mapa interativo, com última atualização datada de 31 de agosto de 2022, que indica a existência de 481 CTs. Essa informação não revela a quantidade de CTs existentes no Brasil, apenas as CTs cadastradas junto ao governo federal (Ministério [...], 2019). Esse mapa será analisado no próximo capítulo.

Na esteira do aumento das CTs no país, identifica-se a ampliação do número de trabalhadores dessas instituições. Eles se dividem entre empregados e voluntários distribuídos em psicólogos, professores, assistentes sociais, médicos, educadores sociais, enfermeiros, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, monitores, coordenadores, pessoal administrativo, pessoal de limpeza, pessoal de cozinha, sacerdotes, pessoal em atividades agrícolas e pecuárias, porteiros e seguranças. Como foi possível notar, há presença de profissionais de saúde, sendo predominante a categoria de psicólogos. Com relação a monitores e coordenadores, em muitos casos eles são pessoas que faziam uso prejudicial de drogas, permaneceram na CT e tiveram êxito em se manter abstinentes das drogas. Deles espera-se um comportamento exemplar e atuação como voluntários na instituição. Segundo o IPEA (2017), este não tem sido o modo habitual de vínculo visto que a maioria dos monitores são contratados. O relatório de inspeção das CTs (Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2018a), por outro lado, demonstrou que nas CTs fiscalizadas havia escassez de profissionais de saúde e alto número de monitores, muitos voluntários. Para o

órgão, essa situação afeta a capacidade de atender a critérios mínimos, inclusive com relação ao preenchimento de prontuários e outros registros. Damas (2013, p.53), adepto do modelo, afirma que o interno tem um papel ativo nas CTs, sendo os mais antigos e com mais conhecimento sobre a “patologia” considerados terapeutas, numa demonstração, a nosso ver, de que o estatuto de cuidador poderia advir da experiência pessoal, não da formação técnica, acadêmica na área da saúde. Quando ela se dá, diz respeito ao próprio modelo.

Nessa direção, Pires (2018) observa que o crescimento do número de profissionais criou um mercado de trabalho próprio direcionado ao cuidado dos internos e da organização das CTs: os trabalhadores especializados na atuação neste tipo de instituição. São coordenadores, monitores e sacerdotes, que constituem a maioria dos trabalhadores e recebem cursos de capacitação específica. Segundo o autor, trata-se de nova categoria de profissionais, que tem sido responsável pela difusão dos conhecimentos e concepções sobre as CTs, juntamente com a divulgação e circulação massiva de materiais como livros e apostilas que partem de um mercado editorial próprio, voltados ao modelo. Como exemplo, podemos citar os cursos oferecidos por Federações e plataformas de cursos ligadas ou não a CTs. Nos canais de internet da Federação de CTs Cruz Azul no Brasil<sup>33</sup> e da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas do Brasil (FEBRACT)<sup>34</sup>, há cursos abertos de formação de monitores, técnicos e gestores de CTs e oferta de benefícios aos associados. Outra instituição que aparece ligada às CTs é a Federação Nacional de Terapeuta Integral Sistêmico (FENATIS), que se apresenta na internet como formadora na área da dependência química (FENATIS, s.d.). Esta Federação conta ainda com páginas no Facebook e no Instagram, onde divulga cursos para terapeuta integral e alguns anúncios de monitor terapêutico, coordenador e conselheiro, conforme figura 11. Embora não explice que a formação é voltada para clínicas e CTs, a instituição anuncia cursos para monitor para essas instituições. A página da Federação no Facebook informa que seu fundador é diretor de uma clínica denominada Projeto Crer, que oferece tratamento especializado na recuperação da dependência. Ela não se denomina CT e consta no mapa das Organizações Civis do IPEA como instituição que realiza “atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química”,

---

<sup>33</sup> <https://www.cruzazul.org.br/>

<sup>34</sup> <https://febractead.eadplataforma.app/plans>

numa franca demonstração de que nem todas as instituições tipo CT estão assignadas sob esse termo e que elas podem apresentar uma ampliação do seu público-alvo.<sup>35</sup>

Figura 11: Folder curso oferecido pela Fenatis, s.d.



Fonte: FENATIS, s.d.

Em março de 2019 o Ministério da Cidadania lançou uma Portaria que instituiu o Certificado de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas, com objetivo de garantir critérios mínimos de qualidade, uniformidade e conteúdos programáticos para cursos de capacitação para profissionais que atuam em CTs, ressalvando que não se trata de reconhecimento para formação profissional. Dos cursos citados acima, o da FEBRACT anuncia que é aprovado pela SENAPRED, órgão responsável pela avaliação dos cursos para a emissão de certificado de qualidade (Brasil, 2019c).

Retomando a questão da profissionalidade, Pires (2018) considera que a constituição de um grupo ocupacional específico para as CTs tem ainda como elemento a construção de uma identidade própria. Ela é reforçada e ganha maior coesão interna à medida que este grupo percebe as críticas advindas de profissionais contrários ao modelo de CT como ameaça. Trata-se de um dos aspectos da disputa pela hegemonia na definição da política pública para tratamento de usuários de álcool e doutras drogas.

Vale lembrar que o campo da atenção em saúde a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas tem no SUS dispositivos de atenção psicossocial que atendem numa lógica de RD e de forma territorial. De outro lado, há as CTs, presentes no SUS por meio da RAPS e fomentadas pela SENAD, do Ministério da Justiça, ou pela SENAPRED, do

<sup>35</sup> <https://mapaosc.ipea.gov.br/detalhar/1039222>

extinto Ministério da Cidadania, e atualmente por um Departamento próprio no Ministério do Desenvolvimento. Enquanto os equipamentos do SUS devem obedecer ao princípio da universalidade e equidade, ofertando serviços de modo a que todos possam ter acesso, as CTs não observam os mesmos critérios, pois ao definir a abstinência como condição para acesso ao tratamento, coloca à parte aqueles que não alcançam esse ideal. Além disso, conforme discutido acima, a maioria dessas instituições se localizam em zonas rurais, muitas vezes com acesso difícil devido a barreiras geográficas. Por fim, há o problema da orientação religiosa, utilizada como forma de tratamento. Considerando esses aspectos, quem acessa ou a quem são destinadas as CTs?

Segundo Silva *et al* (2015), os usuários das CTs são predominantemente do sexo masculino, com baixo nível econômico e oriundos de zonas urbanas. Na pesquisa do IPEA (2017) identifica-se também que são na maioria usuários de crack, seguido de usuários de álcool. A despeito de afirmar que não há consenso sobre a clientela das CTs, Damas (2013) concorda que ela em geral apresenta baixo grau de instrução, com subemprego ou desempregada e baixa qualificação profissional. O autor situa como predominante as pessoas em uso prejudicial de crack, socialmente desfavorecidas, seguida daquelas em uso prejudicial de álcool. Identifica ainda algumas questões que levam à internação em CT, a saber: situação de risco no território devido ao uso de drogas, padrão de uso mais grave, problemas sociais e familiares, e pobreza. Com relação a esta última, o autor observa que as CTs podem ser percebidas como um caminho para a parcela mais pobre da população, como sustentam também o CONECTAS Direitos Humanos e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CONECTAS/ CEBRAP, 2022).

Outro aspecto a ser observado é a entrada de pessoas nas CTs pela chamada busca ativa, quando essas instituições recolhem pessoas nas ruas (NATALINO, 2018). Além disso, há ainda o acolhimento de pessoas oriundas de ações de internações voluntárias ou compulsórias, solicitadas por familiares ou por intervenções em cenas de uso. Embora do ponto de vista legal essas modalidades de internação somente possam ocorrer em estabelecimentos de saúde, elas também se dão em CTs, conforme apontado pelo Relatório do CFP (CFP, 2018a). Essa questão será discutida no próximo capítulo.

Este Relatório identificou ainda que havia pessoas internadas nessas instituições que não tinha nenhuma questão relacionada a uso de álcool ou outras drogas, como pessoas em outros tipos de sofrimento psíquico, em situação de rua e idosos. A CT, nestes casos, estaria a serviço da oferta de acolhimento para quem não encontrava outras paragens.

Foram identificados também casos de internação por “comportamento desviante”, “agressividade, rebeldia ou deficiência intelectual”, demonstrando que essas instituições, assim como os hospitais psiquiátricos, se tornaram uma solução para ocultação de problemas sociais (CFP, 2018a, p.136).

À época da pesquisa realizada pelo IPEA (2017), as CTs disponibilizavam 83.600 vagas, sendo 80% destinadas para homens, 15% para pessoas de ambos os sexos e 4% para mulheres. Além disso, 32% informaram acolher pessoas com transtornos mentais e entre 60 e 70 % informaram acolher pessoas com deficiência (física, auditiva e visual)<sup>36</sup>. Em relação ao acolhimento por identidade de gênero, 90% dizem acolher homossexuais, 51% afirmam acolher travestis e 43,6% se propõem a receber transexuais, porém foi observada baixa tolerância a pessoas LGBTI. Vilar e Santos (2018) apontam a representação negativa que os dirigentes de CTs têm sobre homossexuais, vendo-os como hiperssexualizados e promíscuos, e destacam que 56% das CTs não recebem pessoas transgênero e transexuais, constatando ainda que a hostilidade e preconceitos direcionados aos indivíduos LGBTI são mais graves com relação aos últimos. Outro ponto levantado pelas autoras é o número superior de vagas masculinas em relação às femininas, relativo à maior prevalência do uso de drogas entre homens. O estudo aponta ainda a especificidade do tratamento ofertado a mulheres, com regras mais severas para impor-lhes maior pudor. As autoras identificam que isso se deve à perspectiva dessas instituições sobre a mulher e a feminilidade, calcada no patriarcado cristão.

Sobre o regime disciplinar, Natalino (2018) esclarece seus elementos básicos: atividades obrigatórias, proibidas e sanções. Sobre as estratégias de utilizadas durante o processo de internação ou acolhimento, Souza, Nunes e Santos (2018) informam que na maioria das CTs o trabalho, também chamado laborterapia, é realizado de forma compulsória e é prática considerada terapêutica e coadjuvante no processo disciplinar. As atividades são realizadas de forma obrigatória e devem acontecer em prazos e horários prescritos pela instituição. Essa rotina, conforme descreve Loeck (2018), são atividades diárias que se repetem: refeições, laborterapia, orações, atividades de grupo, participação em palestras, participação em cultos e descanso.

---

<sup>36</sup> Esses dados informam a capacidade de vaga das CTs em acolher esse perfil, mas não informam quantas são acolhidas de fato.

Tabela 5 – Porcentagem de CTs de acordo com atividades oferecidas

Atividade	%	Atividade	%
<b>Limpeza e organização da CT</b>	95	Oficinas de artesanato	64
Palestras diversas	93	Produção de pães e doces	55
<b>Atividades Físicas ou desportivas</b>	90	Oficina de música	49
Trabalhos de cozinha	89	Qualificação profissional	45
Leitura bíblica	89	Reunião sobre amor exigente	42
Orações e Cultos	88	Trabalhos de construção civil	40
<b>Atendimento Psicoterápico individual</b>	84	Oficina de literatura	37
<b>Atendimento Psicoterápico em grupo</b>	82	Aulas de ensino regular	27
Reunião de sentimentos	81	Oficinas de reciclagem	25
Trabalho agricultura/pecuária	70	Venda de produto/mercadoria	18
<b>Reunião 12 passos</b>	69	Oficina de dança	6

Fonte: Elaboração própria com base em IPEA, 2017

Além da exigência de realização de uma série de atividades dentro de uma rotina pré-estabelecida, há restrições com relação às práticas de lazer. Em 45% das CTs os acolhidos podem se negar a frequentar cultos, em 38% eles podem escolher não participar de cursos e em 26% podem recusar-se a realizar tarefas de laborterapia, ou seja, na maioria das CTs essas atividades são obrigatórias. A atividade que é amplamente autorizada por 90% das CTs é assistir TV. Apenas 59% permitem a leitura de livros e revistas (IPEA, 2017). Outra restrição observada é a visita de namorados/companheiros pois, a despeito de 87% das CTs a autorizarem, apenas 6% consente que haja relações sexuais com estes. Além disso, somente 14% das CTs facultam que os internos guardem consigo seus documentos, e pouco mais de 60% admitem que o acolhido use roupa ou corte de cabelo de sua escolha. E ainda, 30% das CTs concordam com o uso de tabaco (IPEA, 2017).

Outro ponto importante com relação a essas restrições, é que muitas das atividades ou ações relatadas acima podem ser proibidas como forma de punição, o que ocorre em 47% das CTs. Em 22% o contato por telefone com familiar é suspenso. Ou ainda, pode haver o aumento de atividades de laborterapia, como ocorre em 16% das CTs (IPEA, 2017). Esse disciplinamento é, na concepção da CT, necessário para cumprir um dos objetivos desta instituição, que é a ressocialização.

Diante desse cenário, cabe recorrer à análise de Natalino (2018) sobre a efetividade do modelo das CTs. De acordo com o autor, a proposta desse tipo de estabelecimento é curar a drogadição, assim como seus efeitos para o sujeito e para sua rede de relações. Na opinião do autor, o isolamento promovido pelas CTs pode mantê-lo abstinente pelo período que está afastado de seu contexto, e ao mesmo tempo inserido em um contexto onde recebe apoio profissional. Entretanto, ao ser reinserido na vida civil com disponibilidade da droga, e sem suporte terapêutico, há grande possibilidade de a pessoa

reincidir no uso. Ainda segundo este autor, o que se tem como adaptação social do interno dentro da instituição nada mais é do que o aprendizado institucional. Este, quando alcançado, é acompanhado do retorno à sociedade, que traz consigo a ansiedade do acolhido pois o aprendizado em questão não contribui para a adaptação do sujeito à vida social fora da instituição.

Para Natalino, esse conjunto de coisas não cria recursos para que o sujeito retome seus vínculos, gera reincidência de internações e cria o que chamou de carreira institucional, que seria a constante reincidência à internação. O autor ainda apresenta dados, informando que metade dos 138 mil acolhidos em CTs em 2015 já tinham estado anteriormente em instituição similar. Observa também que 55% abandonaram o tratamento e conclui que as CTs propõem um tratamento com tendência à reincidência e de difícil adesão. Souza, Nunes e Santos (2018) vão mais longe e afirmam que somente 30% das pessoas que iniciam o tratamento nos CTs permanecem até o fim do período estabelecido, o que significa que as outras 70% não aderem.

Na mesma direção, Damas (2013), embora partidário das CTs, observa que muitos indivíduos acolhidos nesses estabelecimentos já têm laços familiares esgarçados e que esse fator é fundamental para sua institucionalização. Para ele, isso implica num aculturamento à CT que dificulta sua inserção na sociedade. Em geral, ao sair das CTs, tendo completado ou não o “tratamento”, os usuários ficam sujeitos a fazer uso de drogas novamente, o que é entendido como recaída. Sem uma rede de apoio, voltam ao ambiente que passam a reconhecer como seguro e familiar: a CT. Uma parte deles termina por permanecer a maior parte de suas vidas dentro de CTs, o que, como sabemos, vai na contramão do processo de desinstitucionalização proposto pela RP.

Segundo CONECTAS/CEBRAP (2022), não há comprovação da capacidade das CTs em alcançar seus principais objetivos, a saber: a ressocialização, transformação moral do sujeito e a manutenção da abstinência. Paradoxalmente, a despeito da escassez de dados sobre a efetividade das CTs brasileiras, foram lançadas diversas regulamentações, leis, portarias e resoluções que reconhecem e beneficiam e promovem a expansão e protagonismo dessas instituições nas políticas públicas de drogas, como será visto a seguir.

#### **4.2.2 Regulamentação das Comunidades Terapêuticas**

As CTs passaram a ser oficialmente reconhecidas como serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de drogas em 2001 por meio da

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101 da Anvisa (Brasil, 2001b). Esta resolução determinou parâmetros sanitários mínimos para o funcionamento das CTs e teve por objetivo a regulamentação técnica e a definição de critérios para que essas instituições se adequassem ao modelo psicossocial (IPEA, 2017; Ramôa; Teixeira; Belmonte, 2019). A RDC 101 foi a primeira regulamentação técnica na qual se manifestava a tentativa de garantir uma melhor qualidade desses serviços através de sua fiscalização (Machado, 2006; Bastos; Albert, 2021, p. 287). Conforme explicam Doudement e Conceição (2018), essa resolução foi resultado de uma parceria da Anvisa com a SENAD, que tinha como incumbência formular a política sobre drogas e, por isso, preocupava-se em aprimorar o tratamento oferecido pelas CTs. Lemos, Gentile e Serrano (2017), que defendem o modelo CT, sustentam que a resolução 101 da Anvisa foi elaborada por reconhecer a importância das CTs. Machado (2006), por outro lado, ressalta que, embora a construção da RDC 101 tenha contado com o apoio das Federações de CTs, elas resistiram ao estabelecimento das normas regulatórias pois lhes davam mais visibilidade e tornavam-nos passíveis de interpelação de órgãos fiscalizadores.

Três anos mais tarde foi a vez de uma publicação da Coordenação de Saúde mental do Ministério da Saúde fazer menção às CTs na qualidade de “entidades da sociedade civil”. Isso se deu na Portaria nº 2.197 de 2004, que instituiu o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e definiu essas tais entidades como componentes da rede de suporte social complementar à rede de serviços do SUS, explicitando que deveriam atuar de modo articulado a ele e respeitar o que determina a Lei 10.216 de 2001. O Programa não advogava pela inserção das CTs na rede de saúde mental e nem sobre seu financiamento pelo SUS, mas tampouco as condenava como recurso assistencial financiado por outras políticas públicas. Em 2005, a Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), que aprovava a Política Nacional sobre Drogas, apresentou como uma de suas diretrizes a garantia de articulação e integração das intervenções para tratamento a pessoas em uso prejudicial de drogas, entre diversos serviços dentre eles as CTs. No ano seguinte, a Lei nº 11.343 de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas, estabeleceu que essas instituições poderiam receber recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

Com o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao tratamento instituído em 2009 pela Portaria nº 1.190, foi estabelecida a ampliação das CTs, compreendidas como rede de suporte social. Em 2010 foi instituído Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack

e outras Drogas que autorizou convênios e contratos com entidades privadas. No mesmo ano foi lançado o edital nº 001, correspondente a este Plano, que teve por objetivo destinar recursos financeiros a Estados e Municípios para utilização de leitos em CTs.

Em 2011, a RDC 101 foi substituída pela RDC 29, que trata dos critérios mínimos sanitários para o funcionamento das CTs (Brasil, 2011c). Para Doudelement e Conceição (2018), suas novas determinações ofereceram mais flexibilidade ao funcionamento das CTs pois elas foram consideradas serviços de interesse à saúde, e não serviços de saúde. Como equipamentos sociais, realizam terapêutica baseada na convivência entre pares, não dependendo de profissionais de saúde para isso. Outra mudança que se deu foi com relação à denominação pois a RDC 29 utiliza a alcunha “instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”, e não mais CTs. A nota técnica nº1 da Anvisa esclarece que a nova designação visa abranger maior número de instituições independente do título adotado. Ao mesmo tempo, tanto a resolução da Anvisa quanto os documentos que trazem esclarecimentos sobre a mesma fazem referência às CTs em todas as determinações (Brasil, 2011c; 2020b).

Com essa flexibilização, em dezembro do mesmo ano as CTs foram incluídas no Programa *Crack é Possível Vencer* do governo federal como parte do Eixo de Cuidado. Nesse período tais instituições tornaram-se parte da RAPS na categoria de serviços residenciais transitórios pela Portaria nº 3.088 de 2011 que institui esta rede. Cabe destacar que meses antes da instituição da RAPS, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 448 (Brasil, 2011e), orientava que a inserção de qualquer instituição na RAPS deveria ser orientada pelos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Segundo Teixeira *et al* (2017), o Ministério da Saúde tentou regulamentar as CTs no mesmo molde das Unidades de Acolhimento (UA) publicando a Portaria nº131 de 2012 que estabelecia critérios para credenciamento. Essa Portaria foi instituída na mesma semana em que o Ministério da Saúde instituiu as UAs e redefiniu os Centros de Atenção Psicossocial para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras Drogas III (Caps Ad III). Por meio dela, foi criado incentivo financeiro para municípios e estados para apoio no custeio às CTs. Também foi estabelecido que, para ser credenciada, a CT deveria integrar região de saúde composta por pelo menos um Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de preferência Caps Ad, uma UA adulto, serviço hospitalar de referência para pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e retaguarda de

atendimento de urgência. O financiamento deveria ser solicitado à área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde e, dentre outros critérios, precisaria estar funcionando há três anos (na data de publicação da portaria) e ser certificada como Entidade Beneficente da Assistência Social (CEBAS).

Destaca-se ainda que, dentre as diretrizes para funcionamento da instituição passível de financiamento, a portaria dispunha sobre o ingresso de residente, que deveria acontecer por consentimento expresso deste a depender da avaliação do Caps de referência. As CTs deveriam ainda observar as necessidades individuais e a promoção da autonomia e a reinserção social; a garantia acesso aos meios de comunicação; a garantia de contato do residente com a família, o respeito à orientação religiosa; a garantia de sigilo das informações prestadas por profissionais, residentes e familiares; estarem inseridas na RAPS e manterem-se articuladas ao Caps e à Atenção Básica; a permanência do acolhido poderia ser por no máximo seis meses, podendo ser prorrogado por três meses em consonância com a equipe de referência do Caps, com relatório circunstanciado. As instituições que recebessem o incentivo deveriam ser acompanhadas e supervisionadas pelas secretarias de saúde municipais e estaduais com apoio técnico do Ministério da Saúde (Brasil, 2012b)

Em 2013, a Lei nº 12.868 incluiu as CTs na lei sobre a Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS), sendo necessário enfatizar alguns pontos acrescentados em benefício das CTs. Primeiramente, ficou estabelecido que as entidades que aderissem a programas prioritários<sup>37</sup> receberiam um adicional de até dez por cento pelo total da prestação de seus serviços. Um artigo trata especificamente da certificação dos serviços de atenção em regime residencial e transitório, englobadas as CTs, com regras para receber a certificação. As outras instituições, por exemplo, precisam comprovar prestação de 60% de seus serviços ao SUS. As condições para a certificação das CTs são: qualificar-se como entidade de saúde e comprovar prestação de serviços conforme critérios do Ministério da Saúde; pactuar os serviços que serão oferecidos junto ao gestor municipal por meio de contrato ou convênio. Para o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CONTECTAS; CEBRAP, 2022), a inclusão das CTs como elegíveis ao CEBAS subverte a finalidade da lei complementar que institui essa certificação

---

<sup>37</sup> Segundo o Ministério da Saúde, o atendimento para usuários de crack, álcool e outras drogas é entendido como ação prioritária desde 2011. Entidades benéficas da assistência social em saúde que atendem a temas prioritários foram consideradas para o cálculo do serviço do SUS, como no caso do programa *Crack é preciso vencer* (BRASIL, 2014b)

Também em 2013 foi lançada a Portaria nº 70 da SENAD, que instituiu as diretrizes para cooperação entre a SENAD e órgãos gestores para controle de vagas nas instituições de acolhimento a pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas, o que compreendeu, entre outras coisas, o acompanhamento e a fiscalização dessas instituições. Ainda em 2013, a Anvisa lançou a Nota Técnica nº55 que esclarece artigos da RDC nº29/2011, ressaltando a necessidade de haver profissional de nível superior como técnico responsável pela instituição, a manutenção de recursos humanos em período integral, mesmo que o quadro seja reduzido em período noturno e, por último, estabelece que a admissão de pessoas é sujeita à avaliação por instituição da rede de saúde que deve ser realizada por profissional habilitado. Em 2014 Portaria nº 10 acrescentou à Portaria nº 70 de 2013 o modelo de relatório de fiscalização das CTs, a ser preenchido durante a inspeção e contendo informações de identificação da CT, infraestrutura, profissionais, acolhidos e cumprimento das condições do edital de contratação (Brasil, 2013c; 2013b; 2014a).

A Resolução nº 1 de 2015 do CONAD regulamentou as CTs no âmbito do SISNAD. Nesta é afirmado que essas instituições *não* são estabelecimentos de saúde; são pessoas jurídicas sem fins lucrativos que atendem a pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Devem ter como característica: ambiente residencial, adesão e permanecia dos acolhidos de forma voluntária, oferta de atividades e promoção do desenvolvimento pessoal. Diferente das regras impostas pelo MS para CTs na Portaria nº 131 de 2012, o limite máximo de internação é de doze meses e, dentre as atividades terapêuticas, permite-se o desenvolvimento da espiritualidade (Brasil, 2012b; 2015a). Segundo Doudement e Conceição (2018) e ainda Santos (2018), a resolução é conhecida como marco regulatório das CTs, pois antes dela a normatização tratava apenas das condições sanitárias. Na visão de Resende (2021), se trata de um marco político no sentido que sua validade jurídica é questionável, porém se sustenta por intervenção de atores ligados as CTs. Para Ramôa, Teixeira e Belmonte (2019), com a Resolução nº 1 de 2015 as CTs foram retiradas do âmbito do MS, sendo permitido o financiamento e a fiscalização por parte da SENAD. De fato, diversos autores (IPEA, 2017; Oliveira, 2017; Bastos; Alberti, 2021; Weber; 2021) afirmam que não houve até então financiamento por parte do SUS a essas instituições. A resolução em questão chegou a ser suspensa por uma liminar que justificava que o documento era insuficiente por não exigir profissionais de saúde capacitados e por não especificar formas de articulação com

outros serviços e principalmente questionava uma regulamentação do Ministério da Justiça a uma instituição considerada estabelecimento de saúde. Essa liminar foi derrubada no ano seguinte e o processo foi concluído em 2020, tendo considerado a Resolução como válida.

Em 2016 a Portaria nº 834 do Ministério da Saúde reviu os procedimentos em relação à Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da saúde (CEBAS), definidos pela última vez três anos antes. Considerou como entidades beneficentes de assistência social na área da saúde as instituições que atuassem de forma direta na atenção à saúde. A Portaria indicava que, para fazer jus ao CEBAS, as CTs deveriam qualificar-se como entidades de saúde, mas não apontava critérios claros para isso nem sobre o que esta categoria encerrava. A Portaria tratava ainda do monitoramento das entidades certificadas, determinando que estas poderiam ser supervisionadas por instâncias gestoras do SUS no âmbito municipal e estadual, porém não especificava como seria realizado o monitoramento ou a supervisão (Brasil, 2016a).

A despeito da frouxidão da Portaria nº 834 (ou em função dela), em outubro do mesmo ano a Portaria nº 1.482 incluiu as CTs na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Saúde (CNES): Tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde (Brasil, 2016b). Aparentemente, em vez de as CTs se adequarem às normas estabelecidas, ocorreu o movimento contrário: as normas se adequam às CTs pois sua inclusão no CNES foi justamente o que possibilitou seu reconhecimento como estabelecimento de saúde, critério para fazer jus ao CEBAS. Para CONECTAS/CEBRAP (2022), a inclusão das CTs como elegíveis ao CEBAS subverte a finalidade da lei complementar que institui essa certificação. Sobre essa questão, Teixeira et al (2017) julgam que foi estabelecida uma dualidade em relação ao financiamento das CTs, que passou a ser possível tanto no âmbito do Ministério da Justiça por meio da SENAD quanto no Ministério da Saúde.

Em 2017, o então coordenador nacional de saúde mental, Quirino Cordeiro, deu início a sucessivas ações de desmonte da Política de Saúde Mental, sendo uma das medidas a Portaria Interministerial nº 2 sobre a reformulação da política de álcool e outras drogas e ampliação das CTs. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2019g), essa portaria trata do financiamento e expansão das CTs e estabelece critérios para seu funcionamento. Foi instituído por ela o Comitê Gestor Interministerial, composto pelos Ministérios da Justiça e Segurança Pública, da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Trabalho. O Comitê tinha por objetivo a implementação, o fortalecimento e a promoção de melhorias de programas

de prevenção, reinserção social, formação e pesquisa no campo de álcool e outras drogas. É explícita na portaria a prioridade dada às ações de cuidado e reinserção social por meio do acolhimento residencial transitório realizado por pessoa jurídica sem fins lucrativos, dentre elas as CTs (Brasil, 2017c; Pinho, 2021). No SUS isso ganha robustez quando a Comissão Intergestora Tripartite, ao estabelecer as diretrizes para o fortalecimento da RAPS, estimula a parceria e o apoio intersetorial entre os referidos ministérios no que diz respeito às CTs (Brasil, 2017b).

No ano seguinte, em 2018, o CONAD aprovou o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) por meio da Resolução nº 1. Dentre suas diretrizes destaca-se a promoção contínua do fomento à rede de suporte social, inclusive às CTs. A PNAD mantém-se contrária à legalização das drogas, considerada por esta resolução a posição majoritária da população brasileira (Brasil, 2018b). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2019g), este realinhamento altera as orientações de tratamento e de reinserção social de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas com objetivo de responder às demandas da sociedade nesse campo. Dentre as mudanças do PNAD estão: alinhamento da PNAD com a Nova Política Nacional de Saúde Mental, contrária à legalização das drogas e pautada na abstinência; apoio a usuários e familiares a partir de ações intersetoriais que incluem Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, inclusive CTs; fomento à pesquisa que garanta que inclusão de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento. A PNAD (Brasil, 2019g, p. 6) afirma ainda que “ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas”, porém não aponta a literatura utilizada.

Ainda em 2018 foi publicado um edital de credenciamento para “entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizem o acolhimento exclusivamente voluntário, em regime residencial transitório, de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”. De acordo com o edital, a necessidade regional foi considerada para o credenciamento, cabendo 45,56% das vagas ao Sudeste, 33,83% ao Nordeste e menos de 10% para cada região restante. O financiamento das vagas ocorreu por responsabilidade do Fundo Nacional Antidrogas (Brasil, 2018c, p.1).

A partir de 2019 teve início o governo Bolsonaro, que marcou o momento de expressivo retrocesso na Política Saúde Mental e Drogas e de maior avanço das CTs (Passos *et al*, 2020). Até 2018 a política de drogas era de inteira responsabilidade da SENAD. A partir de 2019, por meio do Decreto nº 9.674, passou ao Ministério da Justiça e

Segurança Pública e ao Ministério da Cidadania. O primeiro, responsável pela redução da demanda, tendo como principais órgãos a SENAD e o SISNAD, e o segundo pela PNAD em diversos aspectos, inclusive com relação a avaliação e acompanhamento do tratamento oferecido (Brasil, 2019g; Delgado, 2019; Passos *et al*, 2020). Na sequência, foi criado o Plano de Fiscalização e Monitoramento de CTs, pela Portaria nº 562/2019, que estabelece fiscalização anual das CTs credenciadas. Chama atenção que, de acordo com este documento, o não cumprimento da fiscalização dentro desse prazo pode ser justificado em função de indisponibilidade logística, questão a ser aprofundada no capítulo seguinte. Na mesma data foi criado o Cadastro de CTs pela SENAPRED, no âmbito do no Ministério da Cidadania por meio da Portaria nº 563 de 2019, que trata dos critérios para cadastro destas instituições. A Portaria nº 1 de 2019 estabeleceu o acesso ao sistema eletrônico de gestão das CTs – SISCT e regulamentou a prestação de serviços, acolhimento e os pagamentos às CTs. Também em 2019 foi instituído o certificado de qualidade dos Cursos de Capacitação para CTs (Brasil, 2019b; 2019a).

O Decreto nº 9.761 de 2019, realinhou a Política Nacional de Drogas, aprovada na resolução nº 1 de 2018, ratificou a busca por uma “sociedade protegida das drogas” e a posição contrária à sua legalização, além de reconhecer a religiosidade como um dos fatores de proteção ao uso de drogas. Com relação aos objetivos e às diretrizes, o decreto tratou da prevenção, conscientização o fomento de estudos e capacitação, redução de demanda<sup>38</sup>, garantia de assistência intersetorial, sempre enfatizando o papel e o apoio, inclusive financeiro, a ser dado às CTs (Brasil, 2019d, p.3). Para Batista (2020), o Decreto nº 9.761 teve como objetivo manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em CTs. Na visão de Passos et al (2020) tratou-se do reconhecimento de que o acolhimento nessas instituições parte de uma base hegemonicamente religiosa. No mesmo ano foi requerida uma audiência pública na Comissão de Direitos Humanos e Minorias para debate deste decreto com a justificativa de que a “nova” Política sobre Drogas violava a Constituição Federal. A Comissão considerava ainda que uma política pautada abstinência dos usuários era limitada por alcançar poucas pessoas e impor uma única forma de tratamento, nem sempre é possível para o usuário, o que viola outras normas jurídicas superiores a um decreto, como a CF. Além disso, o apoio, inclusive financeiro, aconteceria em detrimento dos serviços públicos.

---

<sup>38</sup> Não confundir com redução de danos.

Em 2019 a Lei nº 13.840 alterou a Lei de Drogas de 2006 (Lei nº 11.343) e definiu critérios para atenção a usuários ou dependentes de drogas, contendo uma seção específica sobre o acolhimento em CT (BRASIL, 2019e). Como será visto no próximo capítulo, houve participação de atores ligados ao campo das CTs na elaboração do projeto que culminou na aprovação desta lei. Ao tratar dos possíveis efeitos desta Lei, como o fortalecimento do modelo centrado na internação, Passos *et al* (2020) consideram como desdobramento um maior avanço das CTs.

No ano de 2020, em meio à Pandemia de COVID-19, foi publicada a Portaria nº 340 de 2020 que definiu que as CTs permaneceriam funcionando por serem consideradas serviço essencial, e tratou das medidas de segurança para proteção dos internos e profissionais. No mesmo ano, houve novo esclarecimento sobre a RDC nº29/2011 por meio da Nota Técnica nº 02 da Anvisa, que ratificou que as CTs não eram estabelecimentos de saúde, e sim serviços de interesse para a saúde, portanto, não eram obrigadas a contratar profissionais de saúde (Brasil, 2020a; 2020b).

Ainda em 2020, a resolução nº 3 do CONAD tratou do acolhimento de adolescentes, entre 12 e 18 anos, em CTs (Brasil, 2020d) Em 2022, essa resolução foi declarada ilegal pela Justiça após uma ação civil ajuizada pela defensoria pública da União e dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso e Pernambuco e Paraná, solicitando a suspensão dessa resolução e a suspensão do financiamento federal a CTs destinadas a adolescentes. Segundo a Ação Civil Pública (Defensoria Pública da União, 2022), a referida resolução é ilegal e inadequada à luz do Estatuto da Criança e Adolescente em diversos aspectos e desconsidera a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental e ao Uso de Álcool e Outras Drogas. Além disso, o relatório informa que o CONAD não tem competência legal para regulamentar acolhimento de adolescente em CTs sem a participação conjunta do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH).

Em 2021 houve aprovação da Lei Complementar nº 187, que tratava de nova reformulação de regras para certificação de estabelecimentos benficiares. Nela abriu-se a possibilidade para que as CTs recebessem imunidade tributária relativa às contribuições para a Seguridade Social. Para fazer jus a essa imunidade, a instituição deveria ser considerada entidade benficiante nas áreas de educação, assistência social, saúde ou atuar na redução de demanda de drogas (Brasil, 2021e). As CTs mais uma vez foram

diretamente beneficiadas por essa nova legislação que, de acordo com o CONECTAS/CEBRAP (2022), criou uma nova categoria de entidade passível de imunidade tributária e cujo certificado foi concedido de forma desvinculada do modelo legal habitual. Além disso, a referida certificação é específica para área de saúde, educação e assistência social, e adicioná-la ao conjunto de entidades atuantes na redução de demanda de drogas contraria a própria previsão legal sobre essa certificação, sendo considerada privilégio e afronta o princípio da isonomia.

Ainda no mesmo ano foram estabelecidas normas para comprovação da prestação de serviços pelas CTs por meio do Sistema de Gestão das CTS (CISCT). E a Portaria nº 721 regulamentou a doação de imóveis recebidos do FUNAD a organizações da sociedade civil que atuam na redução da demanda de drogas, sendo um dos critérios para fazer jus à doação estar credenciado no Cadastro das CTs da SENAPRED (Brasil, 2021a; 2021f). Novamente, o critério para receber algum benefício parece ser exclusivamente direcionado a CTs.

Ainda nesse período foi instituída a fiscalização remota às CTs pela SENAPRED. Esta modalidade de inspeção não substituiu o Plano de Fiscalização da Portaria nº 625 de 2019, que seguia podendo ser realizada presencialmente de modo complementar à vistoria à distância ou em caso de irregularidades detectadas naquela (Brasil, 2021b). Seria possível supor que a fiscalização remota tenha sido determinada em razão de medidas de distanciamento social pela pandemia de Covid-19. Porém, essa questão não foi explicitada no documento e, do mesmo modo, não foi apresentado um período de vigência para essa modalidade de fiscalização vinculado ao período em que durasse o distanciamento social. Em 2022 a União não publicou leis ou decretos relativos às CTs.

Após mudança no governo, já no início de 2023, o Decreto nº 11.392 criou o Departamento de Apoio às CTs (DACTS), subordinado à Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (Brasil, 2023b). O CNS (Brasil, 2023c) recomendou que a criação do DACTS fosse revogada e que fosse realizada a construção de articulação interministerial para discussão da Política de Saúde Mental e Drogas que compreenda o uso de drogas como questão de saúde e que estabeleça um planejamento conjunto com vistas a criar estruturas territoriais que promovam inclusão social, preservando laços sociais. A revogação do departamento não se deu e recentemente o Ministério do Desenvolvimento publicou uma Portaria, de nº 907, que aprovou seu planejamento estratégico institucional para os anos 2023-2026 e definiu a

ampliação do o número de acolhimentos em Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas contratadas pelo Governo Federal (Brasil, 2023k).

Conforme observado até aqui e em concordância com Resende (2021), pode-se afirmar que as CTs apresentam natureza jurídica indefinida. O autor, porém, ressalta que, segundo o decreto que regulamenta a Lei de Drogas (nº11.343/2006), é responsabilidade da saúde regular os serviços que oferecem cuidado no campo de álcool e outras drogas. De fato, é estabelecido no Decreto nº 5.912 de 2006, que compete ao Ministério da Saúde “disciplinar serviços públicos e privados que desenvolvam ações de atenção às pessoas que façam uso ou sejam dependentes de drogas e seus familiares” (Brasil, 2006c, p. 4). Isso, no entanto, tem sido sistematicamente ignorado desde 2015.

De acordo com o CONECTAS e CEBRAP (2022), a CT é uma instituição que transita entre diferentes setores, em diferentes âmbitos do governo, o que a coloca em uma zona de indeterminação: proteção, tratamento, assistência social. As CTs são divididas por perfil de atuação: CT de tratamento e CT de acolhimento. A primeira atua como instituição de saúde, é cadastrada no CNES e atua como parte da RAPS e deve seguir a regulamentação da Anvisa e CFP para estabelecimentos de saúde (Ministério da Saúde). Já as CT de acolhimento não são consideradas instituições nem de saúde e nem de assistência social, sendo considerada serviço de interesse para a saúde. Devem ser cadastradas no SISTC da SENAPRED e devem seguir regulamentação da Anvisa (RDC nº29/2011) para instituições de acolhimento a usuários de drogas que não são estabelecimento de saúde.

Na legislação examinada, essa diferenciação entre tipos CTs não é explicitada. Do mesmo modo, não estão claros alguns critérios que beneficiam essas instituições com isenções, certificados e financiamentos. De um modo ou de outro, as CTs são objeto de escassa regulação a despeito do progressivo investimento público, dos diversos entes federativos. No capítulo 5 exploraremos como essa posição singular foi construída. Abaixo apresentamos um quadro (Quadro 4) resumido sobre a legislação que trata das CTs no país.

Quadro 4 - Legislação sobre as CTs, 2001 – 2023

Legislação	Descrição	Denominação dada à instituição	O que estabelece sobre as CTs (caso não seja específica)
<b>Resolução – RDC/ Anvisa nº101 de 2001/ Ministério da Saúde</b>	Estabelece regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com	Comunidades Terapêuticas - serviços de atenção a pessoas com transtornos	Específica

	transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como CTs.	decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas	
<b>Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2003/ MS</b>	Estabelece Política do MS para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	Comunidades Terapêuticas	Comenta o estabelecimento de um padrão mínimo para o funcionamento das CTs.
<b>Portaria nº 2.197 de 2004/</b>	Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, e da outras providências.	Associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil, definidas como completar ao SUS	Componente da rede de suporte social complementar ao SUS
<b>Resolução nº3 de 2005/CONAD/ Ministério da Justiça</b>	Aprova Política Nacional sobre Drogas (PNAD)	Comunidades Terapêuticas	Citadas entre outros como serviços com possibilidade de articulação com serviços do SUS e SUAS
<b>Lei 11.343 de 2006/ Presidência da República</b>	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)	Instituições da sociedade civil sem fins lucrativos com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social, que atendam usuários ou dependentes de drogas	Estabelece que essas instituições poderão receber recursos do FUNAD
<b>Portaria nº 1.190 de 2009/ Ministério da Saúde</b>	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.	Instituições sociais de acolhimento	Entendidas como rede de suporte social, teve estabelecido sua ampliação enquanto linha de ação
<b>Lei 12.101 de 2009 / Presidência da República</b>	Dispõe sobre a certificação das entidades benfeicentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social	Comunidades Terapêuticas	Critérios para certificação
<b>Decreto 7.179 de 2010/ Presidência da República</b>	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.	Não menciona as Comunidades Terapêuticas	Autoriza consórcios públicos com entidades privadas
<b>Edital nº 001 de 2010/ SENAD; Ministério da Saúde</b>	Edital de processo seletivo para apoio financeiro a projeto de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em CTs conforme	Comunidades Terapêuticas	

	estabelecido no decreto nº 7179 de 2010		
<b>Resolução RDC N°29 DE 2011/ Anvisa/ Ministério da Saúde</b>	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.	Instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência	
<b>Nota técnica nº 1 de 2011/ Ministério da Saúde/ Anvisa</b>	Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.	Instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência	
<b>Portaria nº 3.088 de 2011/ Ministério da Saúde</b>	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 (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Comunidades Terapêuticas	
<b>Portaria nº 131 de 2012/ Ministério da Saúde</b>	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CTs, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.	Comunidades Terapêuticas	Trata do incentivo financeiro para as CTs
<b>Nota técnica nº 55 de 2013/ Ministério da Saúde / Anvisa</b>	Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como CTs e entidades afins.	Comunidades Terapêuticas	
<b>Lei 12.868 de 2013/ Presidência da República</b>	Altera, dentre outras, a Lei 12.101 de 2009 que trata da certificação das entidades benéficas de assistência social.	Serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as Comunidades	Poderão ser certificadas como entidade benéfica

		terapêuticas	
<b>Portaria nº 70 de 2013/ SENAD</b>	Institui as diretrizes para a celebração de termos de cooperação técnica entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e os Órgãos Gestores Estaduais, responsáveis pela coordenação das políticas sobre drogas, a fim de descentralizar o acompanhamento da execução, fiscalização e controle das vagas das entidades contratadas para prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.	Entidades que realizam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.	
<b>Portaria nº 10 de 2014/ SENAD</b>	Acrescenta modelo de relatório de fiscalização de CTs como anexo à Portaria nº 70, de 18 de outubro de 2013.	Comunidades Terapêuticas	
<b>Resolução nº 1 de 2015/ CONAD/ Ministério da Justiça</b>	Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). As entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como CTs.	Entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como Comunidades Terapêuticas.	
<b>Portaria nº 834 de 2016/ Ministério da Saúde</b>	Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades benéficas de assistência social na área de saúde.	Comunidades Terapêuticas	Concede certificação de entidade benéfica
<b>Portaria nº 1.482 de 2016/ Ministério da Saúde</b>	Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.	Comunidades Terapêuticas	Considera as CTs elegíveis para cadastro como estabelecimento de saúde
<b>Portaria Interministerial nº 2 de 2017/ Ministério de Estado da Justiça e Segurança Pública, da</b>	Fica instituído o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de	Comunidades Terapêuticas	Foco no acolhimento residencial transitório de pessoas com transtornos

<b>Saúde, do Desenvolvimento Social e do Trabalho</b>	programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade.		decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, as quais serão realizadas por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, dentre elas as CTs.
<b>Resolução n° 32, de 2017/ Comissão Intergestores Tripartite</b>	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.	Comunidades Terapêuticas	Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação às CTs.
<b>Resolução n°1 de 2018/ Ministério da Justiça</b>	Aprovar as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal, observadas as seguintes premissas básicas	Comunidades Terapêuticas	Fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em CTs, acompanhamento, mútua ajuda, apoio e reinserção social, definindo parâmetros e protocolos técnicos com critérios objetivos para orientação das parcerias com a União
<b>Edital de credenciamento - SENAD N° 1/2018/ Ministério da Justiça</b>	Torna pública a abertura do processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário	Comunidades Terapêuticas	
<b>PORTARIA Nº 562, de 2019/ Ministério da Cidadania</b>	Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de CTs no âmbito da SENAPRED.	Comunidades Terapêuticas	
<b>PORTARIA Nº 563, de 2019/ Ministério da Cidadania</b>	Cria o cadastro de credenciamento das CTs e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus	Comunidades Terapêuticas	

	familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania.		
<b>PORTARIA Nº 564, de 2019/ Ministério da Cidadania</b>	Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para CTs.	Comunidades Terapêuticas	
<b>Decreto nº 9.761, de 2019/ Presidência da República</b>	Aprova Política Nacional sobre Drogas (PNAD)	Comunidades Terapêuticas	Reforça o acolhimento em CT
<b>LEI Nº 13.840, de 2019/Presidência da República</b>	Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, etc	Comunidades Terapêuticas Acolhedoras	Caracteriza o acolhimento em CT
<b>Nota técnica nº 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS de 2019/Ministério da Saúde</b>	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas	Comunidades Terapêuticas	Reforça as CTs como componentes da RAPS
<b>Portaria nº 1, de 2019/ Ministério da Cidadania</b>	DA operacionalização do Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas SISCT	Comunidades Terapêuticas	
<b>PORTARIA Nº 340, de 2019/ Ministério da Cidadania</b>	Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das CTs.	Comunidades Terapêuticas	
<b>Nota técnica CSIPS/GGTES/Anvisa Nº 02/2020/ Anvisa/ Ministério da Saúde</b>	Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas conhecidas como CTs Acolhedoras - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.	Comunidades Terapêuticas Acolhedoras	
<b>Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020- Ministério da Justiça e Segurança Pública</b>	Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em CTs.	Comunidades Terapêuticas	
<b>Portaria mc nº 582, de 8 de janeiro de 2021/Ministério da Cidadania</b>	Estabelece normas e procedimentos administrativos para a comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório,	Comunidades Terapêuticas	

	prestados pelas CTs contratadas no âmbito do Ministério da Cidadania (MC), por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED).		
<b>Portaria mc nº 625, de 2021/ Ministério da Cidadania</b>	Institui a Fiscalização Remota de CTs no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED).	Comunidades Terapêuticas	
<b>Lei complementar Nº 187, de 2021/ Atos do Poder Legislativo</b>	Dispõe sobre a certificação das entidades benéficas e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à segurança social	Comunidades Terapêuticas	A certificação de entidade benéfica será concedida ou renovada às instituições que atuem na redução da demanda de drogas, como as CTs
<b>PORTARIA MC Nº 721, de 2021/Ministério da Cidadania</b>	Regulamenta a doação, com encargos, de imóveis recebidos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), às Organizações da Sociedade Civil que atuam na redução da demanda de drogas.	Comunidades Terapêuticas	possibilidade de doação do FUNAD para CTs
<b>Decreto nº 11.392 de 2023/ Presidência da República</b>	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança.	Comunidades Terapêuticas	Cria departamento de Apoio às CTs subordinado à secretaria executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.
<b>Portaria MDS Nº 907, de 2023/ Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome</b>	Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023 - 2026.	Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas	Dentre objetivos e metas estratégicas, ampliar o número de acolhimentos em Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas contratadas pelo Governo Federal, até 2026

Fonte: Elaboração própria

## **5. INSERÇÃO, EXPANSÃO E PROTAGONISMO DAS COMUNIDADE TERAPÊUTICAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

### **5.1 Do Crack para as Comunidades Terapêuticas: o que está fora do lugar?**

Os olhares de piedade, rejeição ou de vontade de controlar são muito indistintos, ou melhor, eles se misturam e a questão da saúde entra sempre como justificativa para outros motivos. (Kinoshita, 2013a)

Na primeira década dos anos 2000 as políticas de saúde voltadas para área de álcool e outras drogas estavam se consolidando por meio da implantação de Centros de Atenção Psicossocial para pessoas em uso prejudicial de Álcool e outras Drogas (Caps Ad), de experiências de manejo de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas na atenção básica, do fortalecimento dos espaços de articulação e interlocução sobre o tema e, ainda, da implementação de leitos para atendimento de urgência e emergência para este público em hospital geral (Brasil, 2007b; Teixeira *et al*, 2017). Ao final dessa década o uso de crack, principalmente nos grandes centros urbanos, ganhou visibilidade e chamou atenção da população, assumindo relevância nas discussões das áreas de saúde e segurança pública. A droga, consumida em cenas abertas, mobilizou a sociedade e virou destaque na mídia, que retratava o sujeito como alguém consumido pela droga, e não como alguém que a consome. As cenas que tinham grande concentração de pessoas se popularizaram com o nome de *cracolândia*, e esse fenômeno foi nomeado, principalmente pela mídia, de *Epidemia de Crack* (Bastos; Bertoni, 2014; Romanini; Roso, 2012; Teixeira, 2018). Foi nesse contexto que as Comunidades Terapêuticas (CTs) ganharam espaço nas políticas públicas e se tornaram tema de intensos debates.

Romanini e Roso (2012), por meio da análise de uma série de reportagens televisivas veiculadas em 2008 e intituladas *A Epidemia de Crack*, observaram que o crack era apresentado por esse canal como agente capaz de invadir e destruir a vida de pessoas, indicando o sujeito como impotente e passivo diante da droga. A despeito de muitos autores (Kinoshita, 2013b; Nicodemos, 2020; Oliveira, 2013; Romanini; Roso, 2012; Silva, 2013; Teixeira, 2018) criticarem o uso do conceito de epidemia relacionado ao consumo de drogas pelo fato de ele não se justificar tecnicamente, a ideia se difundiu, hipoteticamente tornando toda a população vulnerável ao crack e convertendo o tema em

interesse de todos. Além disso, as notícias colocavam o consumo do crack como principal causa da violência urbana, desconsiderando outros fatores importantes. Segundo Teixeira (2018), a mídia promovia pânico, preconceito, estigmatização, ao retratar consumidores de crack como zumbis, novos sujeitos do perigo social. Cabe aqui destacar a fala de Denise Doneda no seminário Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras (2010, p.57), que tece uma crítica acerca da imagem construída do usuário de drogas.

[...] Ele é visto como o responsável pelos crimes mais hediondos; é a pessoa que não tem responsabilidade nenhuma; não tem autonomia; é uma pessoa que deve ser tutelada. O usuário é construído como um sujeito vinculado ao banditismo, à violência. E usa droga porque assim o deseja. Ocorre, assim, uma avaliação moral. Se há avaliação moral, há responsabilização exclusiva do sujeito. Assim a vulnerabilidade institucional e social é descartada. Já nesse momento devemos entrar na discussão, porque a nossa responsabilidade como profissionais se dá nesse primeiro entendimento de que a vulnerabilidade não é só do sujeito, mas também das instituições.

As políticas públicas em saúde mental, álcool e outras drogas voltaram-se principalmente para usuários dessas substâncias em situação de rua, em um contexto de pânico social com relação ao uso desta droga. A supervvalorização dos efeitos do consumo do crack no corpo e da relação deste consumo com a violência promoveu o estabelecimento de medidas medicamentosas e repressivas como política pública. Essas ações eram apoiadas pela opinião pública e ignoravam os aspectos psicossocial, cultural, histórico e econômicos envolvidos no consumo de crack (Clemente; Lavrador; Romanholi, 2013; Ramos, 2012; Romanini; Roso, 2012). Assim, foi lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (PIEC), instituídos respectivamente em 2009 e 2010, que tinham como propósito a ampliação do acesso ao tratamento a pessoas em uso prejudicial de drogas. Além da proposta de prevenção, tratamento e reinserção social, o que se destaca nesses dois planos é o intuito de expansão e fortalecimento da rede de atendimento, tendo em vista a articulação e a integração entre serviços. Ambos os Planos ressaltam a importância da Redução de Danos (RD) enquanto diretriz do cuidado e estabelecem o Consultório de Rua como intervenção comunitária articulada à atenção básica. Essa estratégia tinha como objetivo o atendimento integral a pessoas em situação de rua, que deveria incluir busca ativa, cuidado a usuários de álcool e outras drogas e ações realizadas no território por equipes multiprofissionais (Bastos; Bertoni, 2014; Brasil, 2009b; 2010a; 2011a; Silva; Teixeira, 2018). Ao fim do ano de 2011

o governo federal anunciou quatro bilhões em investimento para o *enfrentamento do Crack* a ser utilizado entre 2011 e 2014 no âmbito do Programa *Crack é Possível Vencer*. O Ministério da Saúde foi o órgão que recebeu maior dotação e consequentemente executou maior valor, sendo repassados aos estados e municípios, mais de um bilhão e meio de reais nesse período (Conselho Nacional de Municípios - CNM, 2014).

Nesse contexto, as CTs passaram a poder receber financiamento público, tendo como principal função acolher pessoas em uso prejudicial de drogas utilizando como instrumento terapêutico a convivência entre pares, por até nove meses, para internações voluntárias. No PEAD e no PIEC havia referências a serviços residenciais para atendimento a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. No PIEC, havia autorização expressa de convênios, contrato de repasse ou termos de cooperação a entidades privadas a fim de executar as ações referentes ao plano. Isso incluía a proposta de ampliação de leitos em CTs conveniadas ao SUS a partir do edital 001/2010 da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), lançado em seguida (Brasil, 2009b; 2010a). Em 2011, esses serviços foram inseridos como pontos de atenção residencial transitório da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mesmo que não atuassem em consonância com o conceito de saúde ampliada ou com os critérios éticos e técnicos da Política de Atenção a Usuário de Álcool e Outras Drogas elaborada no contexto da Reforma Psiquiátrica (RP) e da lógica de RD (Teixeira *et al*, 2017).

Bastos e Alberti (2021) consideram que houve um duplo movimento das políticas públicas no período: de um lado a formalização de uma rede com serviços voltados à atenção psicossocial e à RD, e, de outro, a legitimação de uma lógica proibicionista e asilar através da inserção das CTs na mesma rede. Teixeira (2018) enfatiza a tensão entre o discurso baseado na RD, que propõe a reabilitação social, e o discurso higienista e proibicionista, que visa livrar o mundo das drogas e considera que este último foi predominante se observadas as ações de retirada de usuários de crack das ruas, considerados ameaçadores.

O coordenador de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do MS na época, Roberto Tykanory Kinoshita (2013b), defendia que não era possível oferecer apenas uma modalidade de cuidado, e que seria melhor a oferta de um tratamento que pudesse ser padronizado que não disponibilizar atendimento algum, embora ponderasse que nem toda forma de atendimento poderia ser considerada válida ou legítima. Afirmou ainda que as CTs eram atores com representação social e política, que já faziam parte desse cenário e

que, gostando ou não, seria preciso aprender a lidar com elas. Ocorre que a rede de saúde mental já contava com as Unidades de Acolhimento (UAs), que também tinham objetivo de oferecer atendimento em ambiente residencial, com a vantagem de operarem segundo a lógica da atenção psicossocial e construírem o projeto terapêutico singular em articulação com o Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Entretanto, enquanto 70% das vagas em CTs anunciadas no Programa *Crack é Possível Vencer* estavam disponíveis, as UAs abertas naquele período eram menos 10% do anunciado, e os leitos em hospitais apenas 22%. Isso somado ao fato que apenas municípios com população igual ou superior a 200 mil habitantes poderiam ter a UA implantada em seu território, com disponibilidade entre 10 e 15 vagas. Outro problema é que CAPS ad III e CnaR existiam em número insuficiente e não foram implantados conforme o proposto. Da meta de 175 CAPS ad III, apenas 59 foram implantados, e das 308 equipes de CnaR previstas, só 123 foram criadas (Brasil, 2012a; CNM, 2014).

Importante notar que, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) de 2010, o posicionamento foi contra as propostas de privatização e terceirização de serviços, considerando que a direção do cuidado deve se dar por um sistema público e estatal de serviços de saúde mental. Outro encaminhamento foi o de manter a decisão do Ministério da Saúde de não financiar as CTs e nem intervenções invasivas, como eletroconvulsoterapia e psicocirurgia (BRASIL, 2010b). Essa posição foi sustentada pelo CFP em 2011 e ainda durante o I Primeiro Encontro Nacional da RAPS, realizado no Paraná em 2013. A partir deste encontro foi produzido um documento em que trabalhadores, familiares e usuários reivindicavam uma política coerente com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, opondo-se ao financiamento de instituições privadas e solicitando a ampliação do número de Caps III no país. Ao final, reafirmaram a necessidade de retiradas das CTs da RAPS (Alves; Pereira, 2019; Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2014). Isso não se deu desde então e a exclusão social ganhou espaço.

Segundo Alves e Pereira (2019), com o Programa *Crack é Possível Vencer*, o Ministro da Saúde Alexandre Padilha, apoiado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), incluiu as Equipes de Consultório na Rua nas ações de internação involuntária. Nery Filho, idealizador do Consultório de Rua<sup>39</sup>, e o CFP foram explicitamente contrários à posição do Ministério da Saúde. Karam (2013, p.44) explica que as ações de recolhimento

---

<sup>39</sup> Consultório de Rua, diferente de Consultório na Rua, conforme explicado anteriormente.

ou internação de pessoas (adultos e crianças) em cenas de uso propõem “livrá-las do crack”, porém o problema mais grave é que elas sofrem do descaso dos governantes, vivendo em condições precárias, na miséria, sem acesso a ações e serviços públicos básicos, muitas vezes permanecendo nas ruas sem destino. Nesse contexto, o crack não seria o problema mais grave para elas. Na mesma direção, Oliveira (2013, p.89) observa que a visão apresentada pela mídia atribuía a condição degradante dos usuários ao consumo e não às desigualdades sociais. Para ele, as perguntas que se impunham eram: por que essas populações se tornaram “paradigmas” do crack? E por que o crack não encontrou obstáculo para sua difusão nesses territórios?

As massivas notícias, muitas vezes sensacionalistas, que retratavam o crack como algo extremamente perigoso e ameaçador a todos, convocaram a sociedade a resistir coletivamente para expurgar esse inimigo comum (Oliveira, 2013; Teixeira, 2018). Para Kinoshita (2013a; 2013b), o medo e a sensação de impotência e insegurança reproduzida na sociedade fizeram com que essa demandasse uma atuação forte por parte do Estado, fosse tratamento ou exclusão social. Ramos (2012), Romanini e Roso (2012) e o próprio Kinoshita (2013b) consideram que o Estado precisa proporcionar um diálogo com a sociedade que seja pautado em informações contextualizadas e não reducionistas, além de oferecer cuidado adequado aos grupos que têm sofrido discriminação pelo uso do crack. Naquele cenário, contudo, o último autor diz que foi um desafio manter a distinção entre o cuidado ou defesa da saúde e o tratamento compulsório<sup>40</sup>, também chamado de internação compulsória, internação involuntária ou recolhimento compulsório.

Bicalho (2013, p.18) chama atenção para a sutileza do poder que produz as práticas de exclusão (em nome da proteção) por métodos que propõem o cuidado, muitas vezes parecidos com o que é preconizado pela discussão dos direitos humanos. Essas práticas baseiam-se numa lógica higienista que, para o autor, deve ser analisada a partir da pauta “de quem é considerado lixo urbano e precisa ser deslocado de lugar”. O autor explica que lixo significa *matéria fora do lugar*, e que dizer que algo está fora de lugar é questão de ponto de vista. Nessa direção, Alves e Pereira (2019, p.515) propõem que “haveria por trás de leis, pretensamente dedicadas à defesa da saúde pública, uma intenção higienista, amparada na guerra às drogas, em que o discurso sobre o risco acaba por engendrar políticas de controle e vigilância”.

---

<sup>40</sup> Assim chamado no senso comum. Os conceitos dessas modalidades de internação serão discutidos adiante.

Nesse contexto, as *cracolândias* tornaram-se um desafio para os serviços de saúde, assistência e segurança e também para o Governo Federal, que chegou a encomendar pesquisas e levantamentos sobre a situação. O 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), solicitado pela SENAD, teve como objetivo estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas na população de todo território nacional. O estudo foi realizado em 2015, e considerou para isso a população urbana e rural entre 12 e 65 anos. A pesquisa indicou que a prevalência de usuários de crack e/ou similares estava em torno de 1% nas capitais brasileiras (Bastos *et al*, 2017). Teixeira (2018) apontou que o consumo da substância era menos significante que de outras drogas, porém mais prevalente em populações em situação de maior vulnerabilidade.

Os autores que tratam dos recolhimentos em massa e da forma com que as internações involuntárias e compulsórias eram utilizadas, principalmente em cenas de uso durante a suposta epidemia de crack, não explicitam onde essas pessoas eram internadas (Alves; Pereira, 2019; Bicalho, 2013; Karan, 2013; Kinoshita, 2013b; Alves; Pereira, 2019; Romanini; Roso, 2012; Skromov, 2013). Também não foram encontrados textos sobre a relação do aumento dessas modalidades de internação e o aumento do número de vagas financiadas em CTs no período conhecido como *epidemia de crack*. Teixeira (2018, p.19) cita pontualmente o “recolhimento dos usuários de drogas para internações em hospitais psiquiátricos ou em outros serviços como as comunidades terapêuticas”. Alves e Pereira (2019) discutem sobre as internações involuntárias a partir de 2009 se referindo a clínicas de tratamento. Musse (2018), ao pesquisar sobre internações involuntárias e compulsórias para usuários de drogas no período de 2001 a 2016, analisou decisões do Tribunal de Justiça do DF e dos Territórios, identificando que 1% dos encaminhamentos de usuários de drogas pelo sistema judiciário eram para CTs, concluindo que naquele contexto havia baixa cooperação entre esses atores.

Todavia, pode-se afirmar, conforme Prudêncio e Silveira (2023), que as CTs se constituem como dispositivo jurídico-psiquiátrico fundamentado na moral religiosa que foram acionados como espaço de atendimento, inclusive dentro da RAPS, no enfrentamento de uma suposta epidemia de crack. No contexto em que essa epidemia representou a falência da RP e álibi para o retorno do modelo asilar, as internações, de qualquer modalidade, corroboraram para a expansão das CTs.

As práticas de recolhimento forçado, internação involuntária e internação compulsória ocorriam e ainda ocorrem a partir das cenas de uso e fora destas (Alves; Pereira, 2019; CFP, 2018a). De acordo com Alves e Pereira (2019), o familiar da pessoa em uso de drogas costuma ser o responsável por solicitar a internação. Em muitos casos a remoção do usuário de drogas também é realizada por solicitação da família, o que tende a ocorrer por meio de contenção química ou mecânica, com avaliação médica quando da chegada à CT como mera formalidade. Ocorre também que, conforme o Relatório de Inspeção das Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018a), algumas das CTs inspecionadas relataram práticas de remoção, também chamadas de resgate, com uso de imobilização e contenção física e química para o internamento forçado, sem laudo médico que justifique internação involuntária, o que caracteriza crime de sequestro, cárcere privado e tortura, de acordo com código penal.

Alves e Pereira (2019) apontam que a internação forçada foi justificada por determinados grupos que consideram o uso de crack nas ruas como crise e ameaça ao direito à vida. Kinoshita (2013a), todavia, afirma que o recolhimento em massa de pessoas em cenas de uso demonstra um julgamento prévio e configura-se como ação discriminatória, de violação de direitos em que primeiro a pessoa é recolhida e depois avaliada. No mesmo sentido, Alarcon (2012, p.48) pondera que, a princípio, o uso de qualquer droga, inclusive o crack, oferece um risco, e o risco ainda não se constitui enquanto dano, e que a busca por anular esse risco para prevenção do dano pode tornar-se uma “obsessão pelo controle total”. O autor observa que deste modo a saúde assume o objetivo principal do setor de segurança: o combate às drogas.

Skromov (2013) explica que para qualquer internação é necessário laudo médico circunstanciado, e que a diferença entre a internação voluntária ou involuntária está na concordância ou não do paciente. Deste modo, não resta espectro para internação compulsória. Para a autora, a internação compulsória, terceiro tipo e internação segundo a Lei nº 10216 de 2001, é a medida de segurança, regulamentada na legislação penal, voltada ao sujeito em sofrimento psíquico que cometeu algum crime. Para Wermuth e Menezes (2021), a internação compulsória, tal como existe hoje, não segue o devido processo legal, pois em geral não possibilita defesa a outra parte. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2017) e Karan (2013), não há previsão no ordenamento jurídico do Brasil que possa obrigar uma pessoa a realizar algum tipo de tratamento, isto é, o Estado não pode intervir em uma escolha individual enquanto não

ofenda o direito alheio, mesmo que sua decisão possa causar danos a sua vida, sendo a internação compulsória com objetivo de tratamento considerada uma anomalia do sistema jurídico.

Conforme discutido no capítulo 3, durante o governo Bolsonaro a Lei nº 13.840 de 2019 modificou as regras sobre a internação involuntária e trouxe à tona novamente as discussões sobre essa prática. Nesta Lei, a internação involuntária foi incluída na seção sobre o tratamento do usuário ou dependente de drogas (BRASIL, 2019e). O documento de forma geral se posiciona contrário ao cuidado em saúde mental de modo territorial baseado na RD, além de promover as CTs como dispositivo central da política de Drogas, fortalecendo seu processo de expansão (Montenegro *et al*, 2022; Passos *et al*, 2020). Assim como no período do Programa *Crack é Possível Vencer*, que expandiu o número de vagas em CTs, a Lei nº 13.840 de 2019 destacava essas instituições, demonstrando que, mesmo vetando internações involuntárias nas CTs, elas seriam privilegiadas em detrimento da política pública cimentada na RP (Montenegro, 2022). A referida Lei também não esclarecia onde ocorreriam essas internações, que poderiam durar até 90 dias.

A expansão e a consolidação do financiamento às CTs são evidentes a partir de 2019, sendo estas eleitas como dispositivos prioritários das políticas de drogas. Para Duarte et al (2023) e Pinho, Guljor e Olivett (2023), a mídia e os grupos ultraconservadores justificam o uso estratégico das CTs para dar uma reposta à questão do crack baseados na justificativa que a RP produziu desassistência, além de afirmarem a impossibilidade do tratamento em liberdade de modo horizontal e laico. Na realidade, Duarte et al (2023, p.79) vai mais longe e sustentam que as CTs são utilizadas, assim como a medicina social, higienismo e a psiquiatria alienista, para apaziguar o paradoxo entre o pacto social e sujeito que se desvia deste. Consideram que:

“A força das comunidades terapêuticas pode residir muito mais na sua funcionalidade para o sistema de controle social e exercício do poder punitivo do que pela sua pretensa posição como instituição de tratamento e de “interesse à saúde”. Afinal, tratar a conflitividade social pela via punitiva frente à juventude negra e pobre é o caminho histórico das classes dominantes para assegurar a ordem social desigual herdada da escravidão”.

A seguir discutiremos como as CTs conquistaram esse espaço nas Políticas Públicas.

## **5.2 Atuação Política das Comunidades Terapêuticas**

Inúmeras instituições nas últimas décadas passaram a se reconhecer e a se nomear como CTs. Essas instituições estabelecem relações entre si, entre seus membros (profissionais, usuários e familiares), além de entidades associativas. Embora dispersas por todo território brasileiro e com orientações religiosas diversas, mantêm modelo, métodos de atuação e objetivos semelhantes. Essa convergência tem como efeito a promoção de uma identidade coletiva que viabiliza a representação institucional dos interesses das CTs frente a órgãos públicos. De forma geral, as formulações políticas que beneficiam as CTs com possibilidade de receber financiamento por parte das três esferas de governo e da expansão dessas instituições resultam dessa representação. Além disso, é possível afirmar que o conjunto das CTs e os atores ligados a estas constituem um campo organizacional capaz de fornecer reconhecimento e legitimação das CTs perante a sociedade (IPEA, 2017; Pires, 2018).

Pires (2018) se refere ao campo organizacional das CTs enquanto coletivo que busca uma conformação e forma de atuação, compartilhando os mesmos scripts e modelos, submetendo-se às mesmas normas e agências regulatórias. O autor explica que isso garante estabilidade e que, conforme as instituições incorporam elementos institucionais comuns, tendem a se homogeneizar. Isso pode ocorrer pela difusão das mesmas concepções e práticas de profissionais, por imitação das respostas de outros membros entre as mesmas instituições ou por forças que definem padrões partindo do ambiente externo como leis, normas ou convenções. Para o autor, os atores que compõem o campo organizacional das CTs são: as próprias CTs, entidades associativas, usuários, familiares, pessoas envolvidas no financiamento dessas instituições e ainda instituições religiosas.

As entidades associativas, federações e a confederação nacional são relevantes para a coordenação, regulação e padrão de conduta das CTs. Têm o papel de garantir a qualidade técnica e ética do serviço prestado, a promoção de intercâmbio entre os membros, organização e ainda formação profissional a coordenadores e monitores que atuam nas CTs. A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) foi fundada em 1990 em Campinas e está presente em 14 estados, podendo ser considerada de abrangência nacional. A Cruz Azul foi criada em 1995 e concentra-se na região Sul, a Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas Católicas e Instituições Afins (FNCTC) existe desde 1997, a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB) desde 1998 e a Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas

(FENNOCT) desde 2007. Existem outras associações que funcionam em âmbito estadual (Machado, 2006; Pires, 2018). Barroso (2013) estima que existam 34 federações, organizadas de acordo com região ou religião.

A CONFENACT, fundada em 2012, é resultado da associação das principais lideranças nacionais no campo das CTs e tem por objetivo fortalecer seu modelo de tratamento. Tornou-se ator principal na articulação das necessidades e demandas das CTs junto aos poderes executivo e legislativo federais e à SENAD (PIRES, 2018). De acordo com Schlueter<sup>41</sup> (2017), que foi presidente da CONFENACT, esta confederação foi criada para fortalecer as CTs, inseri-las nas políticas públicas na área de álcool e drogas, e aprimorar a comunicação com o governo federal e transmitir-lhe suas demandas.

Para Doudelement e Conceição (2018), a expansão das CTs ocorre quase sempre por intermédio do Poder Executivo. No âmbito Legislativo, os autores observam que a principal mobilização política das CTs acontece por meio da Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas (FPCT), frente ativa e que tem como principais objetivos a obtenção de recursos financeiros e a garantia da legalidade de algumas práticas. Muitas conquistas das CTs foram possíveis através da FPCT. A CONFENACT participa como titular do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD) e do Comitê Consultivo do Departamento do Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS). Participou junto a autoridades políticas na criação e reedição da FPCT. Segundo Pires (2018), em 2014, ano em que as eleições para Presidência da República giraram em torno das políticas voltadas a questão das drogas, a CONFENACT se reuniu com os candidatos à presidência, inclusive a presidenta em exercício naquele período, Dilma Rousseff, candidata à reeleição.

Há um processo significativo de articulação política entre as CTs e o poder executivo e legislativo. Nos últimos anos as CTs têm agido principalmente por intermédio da FPCT. A primeira FPCT foi criada pelo deputado Eros Biondini em 20 de abril de 2011 denominada Frente Parlamentar Mista em Defesa das CTs e era composta por senadores e deputados. A atual FPCT também foi fundada por este deputado em 2015 (Doudelement; Conceição, 2018). Segundo dados da página da Câmara dos Deputados (2019), a FPCT conta com 180 deputados e 20 senadores. Doudelement e Conceição (2018) explicam que as bancadas ou frentes parlamentares existem de modo informal desde a redemocratização do país. A partir de 2005 foram regulamentadas e são uma forma de encaminhar demandas

---

<sup>41</sup> Primeiro secretário da Federação de CTs Cruz Azul do Brasil.

sociais e organizar coletivamente o parlamento. A FPCT atua por meio do contato e reuniões de parlamentares com federações e outras entidades representativas das CTs com objetivo de conhecer as principais demandas das CTs. A FPCT pode atuar também por meio do contato de parlamentares diretamente com o executivo para negociar medidas benéficas às CTs e com Ministérios e outros órgãos da administração direta a fim de conquistar mais repasses e regulamentações favoráveis. Por último, pode atuar por meio de proposições legislativas (Doudement; Conceição, 2018).

Os primeiros avanços obtidos a partir dos anos 2000 foram efeito de articulações realizadas nas décadas de 1980 e 1990, quando as CTs estabeleceram convênio com o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN)<sup>42</sup> para atender à demanda deste para cuidado a usuários de drogas. Por meio desta articulação foi iniciado um processo de criação de critérios para o funcionamento das CTs. A elaboração desses critérios resultou na Resolução nº 101 de 2001, que tinha por objetivo alcançar uma maior padronização do tratamento de base técnico-científica, e com isso evitar a disseminação de instituições que se denominavam CTs mas não seguiam os mesmos princípios éticos, e ainda permitir a consolidação desse tipo de entidade para que fosse possível reivindicar financiamento público (Doudement; Conceição, 2018; IPEA, 2017; Machado, 2006). Este último foi alcançado, como será visto adiante, porém a pretensão de padronizar técnica e cientificamente o tratamento não ocorreu. Machado (2006) cita o processo de formulação da Política Nacional Antidrogas (PNAD) de 1998, conforme descrito em capítulo anterior, em que a política foi constituída por meio de um Fórum Nacional. Dentre outros atores presentes, as CTs compareceram de forma massiva e reivindicaram formalmente a necessidade de sua regulamentação. Essa representatividade ocorreu também nos Fóruns Antidrogas promovidos pela SENAD em 1998, 2001 e 2004 por meio da coordenação de grupos de trabalho.

Alguns políticos têm papel relevante no que se refere à defesa das CTs, como Eros Biondini, presidente da FPCT, que realizava trabalhos religiosos com usuários de drogas antes de ser deputado; Givaldo Carimbão, vice-presidente da FPCT, e Osmar Terra, autor da PL que tinha por objetivo modificar a política de drogas. Membro da FPCT, ele tornou-se Ministro do Desenvolvimento Social no Governo Temer e da Cidadania no Governo Bolsonaro. Doudement e Conceição (2018) observam que a FPCT é ativa em defender os

<sup>42</sup> Em 1998, o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) substituiu o CONFEN, e a Secretaria Nacional Antidrogas foi criada como órgão responsável pela formulação da política de drogas (DOUDEMENT; CONCEIÇÃO, 2018)

interesses das CTs, embora poucos parlamentares sejam de fato engajados nessa causa. Identificam ainda que os PLs de deputados da FPCT são escassos e com repercussão pouco significativa, exceto pelo PL nº 7.663 de 2010 proposto por Osmar Terra quando era deputado federal e que pode ser considerada uma conquista da FPCT. O PL foi transformado na Lei nº 13.840 de 2019, que alterou a Lei nº 11.343 de 2006 e, dentre outras coisas, incluiu as CTs como serviço de acolhimento a usuários de drogas com tratamento baseado na abstinência e na convivência entre pares. A FPCT atuou por diversas vezes em momento importantes da tramitação do referido projeto de lei, inclusive com membros da FP ocupando as relatorias das comissões. Embora essa tenha sido uma grande conquista da FPCT, os outros PLs seguem tramitando há anos na câmara. Os autores, entretanto, ressaltam que não se deve subestimar a capacidade de intervenção da FPCT em reuniões e debates e de que seus membros ocupem postos-chave no processo legislativo. As CTs têm relevante capital político que vem sendo expandido e explorado. E têm impacto sobre agendas importantes como a discussão sobre a desriminalização das drogas.

Outra Frente Parlamentar em que representantes de CTs participam é a Frente Parlamentar Mista do Congresso Nacional em Defesa das Comunidades Terapêuticas e Contra a Liberação das Drogas, que tem por intuito requisitar orçamento público para instituições privadas de internação. Foi criada em 2019 pela aliança da ABP com as CTs, embora sejam dois campos aparentemente contraditórios (Pinho; Guljor; Olivertt, 2023; Guljor, Pinho; 2023).

Outro espaço de inserção das CTs se dá por meio de sua participação em conselhos gestores de políticas públicas nos âmbitos municipais e estaduais. De acordo com a pesquisa do IPEA (2017), 44% das CTs declaram fazer parte do Conselho de Drogas de seu município, 40% participam do Conselho de Assistência Social, 17% de Conselho Estadual de Drogas e 7,8 de Conselho Estadual de Assistência Social.

De acordo com CONECTAS/CEBRAP (2022), a expansão das CTs aconteceu à medida que seu capital político se fortaleceu. Doudelement e Conceição (2018) situam no Poder Executivo a via privilegiada de canalização das demandas das CTs, seja por meio de conselhos, secretarias, ministérios. Afirmam que estudos realizados acerca das CTs não encontraram interações significativas entre estas e os poderes Legislativo e Judiciário. Não obstante a acertada leitura sobre o papel do Executivo no avanço das CTs, faz-se

necessário sublinhar também a forte atuação da FPCT na salvaguarda dos interesses dessas instituições.

Doudement e Conceição (2018), Pires (2018) e Schlueter (2017) apontam os resultados obtidos a partir dessas articulações:

- a) aprovação do projeto de Lei nº 7.663 de 2010 (transformado na Lei nº 13.840 de 2019) que inclui as CTs na política de drogas como modalidade de tratamento;
- b) a edição da Norma Técnica nº55 de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
- c) a alteração da legislação referente às CTs pela edição da RDC 29 de 2011;
- d) Edital nº 131 de 2012 que dispõe sobre vagas para tratamento nas CTs;
- e) censo das comunidades terapêuticas de 2012;
- f) certificação específica para CTs conforme Lei nº 12.868 de 2013;
- g) convênio estabelecido com a SENAD que culminou na contratação de 9000 vagas em 2013 por meio de 370 contratos;
- h) certificação que considera as CTS instituições benfeicentes (Lei nº 12.868 de 2013);
- i) conquistada da cadeira no CONAD.
- j) convênio com a SENAD pelo Programa *Crack é Possível Vencer*;
- k) regulamentação da modalidade de atendimento das CTs por meio de resolução do CONAD;
- l) inclusão das CTs no CNES por meio da Portaria nº1.482 de 2016;
- m) editais do MS para vagas de acolhimento.

As CTs têm interferido de forma expressiva na produção de políticas públicas e têm encontrado solo fértil, principalmente nos últimos anos, para se expandirem, influenciando de forma mais incisiva nas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas (PIRES, 2018). O relatório do CONECTAS/CEBRAP (2022) conclui que o Governo Bolsonaro fez das CTs seu eixo principal de política de cuidado em relação à questão das drogas. Assim, Pinho, Guljor e Olivett (2023) afirmam que o modelo CT foi eleito como estratégia prioritária da política de drogas, o que representou a retomada do modelo assistencial asilar que vai de encontro à política de saúde assentada no cuidado em liberdade, na redução das desigualdades, na participação social e no reconhecimento da diversidade enquanto potência para transformação. Deste modo, houve um processo de inversão na centralidade das políticas sociais, dos serviços públicos para os privados. Segundo os autores há três

aspectos fundamentais nesse processo: a narrativa e as políticas públicas centradas no modelo CT; o avanço da regulamentação dessas instituições; a ampliação permanente e constante do financiamento.

Em 2023, em uma nova configuração política após mudança no Governo Federal, as CTs continuaram a receber apoio, conquistando um Departamento próprio no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. O Departamento de Apoio às CTs (DACTs) foi criado sob a justificativa de qualificar, fortalecer e vigiar as CTs. As inúmeras manifestações de repúdio de militantes, estudiosos e organizações à sua criação, além da recomendação do CNS para extinção deste setor, não foram suficientes para a revogação do decreto que criou o referido departamento (Brasil, 2023b; 2023c; Prudêncio; Silveira 2023). Em agosto de 2023 seu nome foi modificado por meio de Decreto para Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas – DEPAD (Brasil, 2023l). A mudança retira o caráter explícito de apoio a essas instituições, que nem por isso deixaram de ter a possibilidade de realizar contratos e convênios e de propor atualizações na legislação e acordos internacionais, competências essas estabelecidas pelo referido Decreto. De acordo com o site da FEBRACT (Governo [...], 2023), as lideranças de instituições de federações de CTs têm mantido diálogo com autoridades do atual governo.

### **5.3. Sobre vagas e financiamento das Comunidades Terapêuticas**

As CTs foram inseridas gradualmente nas políticas públicas de atendimento a pessoas em uso prejudicial de drogas com acesso a diferentes modalidades de financiamento (CFP, 2018a). Segundo o IPEA (2017), essas instituições demonstram grande capacidade em obter financiamento de diferentes instâncias administrativa e governamentais além de o fazer por diferentes caminhos. Ao se adequarem às normas vigentes, tornaram-se aptas a reivindicar diversas formas de isenções e de angariar recursos financeiros, sejam eles oficiais ou realizados por meio de doações. O CONECTA/CEBRAP (2022) aponta que as informações acerca do financiamento dessas instituições são de difícil acesso.

As CTs são mantidas por contribuições, doações e/ou financiamento público, além de isenções tributárias. Para Doudelement e Conceição (2018) e ainda Machado (2006), a regulamentação dessas instituições enquanto espaço de tratamento fez com que elas fossem habilitadas para receber financiamento público. Na realidade, desde a Lei nº 11.343 de

2006, já havia possibilidade de financiamento a instituições privadas para atender a questão das drogas. As CTs tornaram-se elegíveis ao financiamento federal com Lei nº 11.343 de 2006. Já a partir de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (PIEC) estabelecia a ampliação do número de leitos para usuários de crack e outras drogas e autorizava convênios e contratos com essas instituições (Brasil, 2006b; 2010a). Nesse período foi iniciado aumento de vagas em CTs, e destinado a elas o valor de 4,57 milhões do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) (Pinho; Guljor, 2023). A partir do PIEC, foi publicado no mesmo ano o Edital nº 001 da SENAD (no âmbito do Gabinete Institucional da Presidência da República) e da Secretaria de Atenção à Saúde (no âmbito do MS), que tinha por objetivo um processo seletivo para apoio financeiro a municípios que apresentassem projeto para utilização de leitos em CTs. O repasse no valor de R\$800,00 mensais por leito durante um ano estava previsto no orçamento do Ministério da Saúde e seria feito aos municípios, que deveriam fiscalizar os leitos custeados (Brasil, 2010d). Em 2012 a adesão do Ministério da Saúde à agenda do governo Dilma se intensifica e é publicada a Portaria nº131, que trata do custeio destinado a estados e municípios para apoio às CTs.

Segundo Weber (2021), muitas propostas de financiamento não cumpriram as exigências dos editais do Ministério da Saúde, tendo sido reprovadas. Ademais, muitas CTs se recusaram a participar dos editais de seleção por considerarem excessivos os critérios estabelecidos. A autora e também Bastos e Alberti (2021), IPEA (2017) e Oliveira (2017) analisam que não há nenhum registro de recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS)<sup>43</sup> destinado a CTs entre 2010 e 2019. Contudo, isso não impediu que o financiamento público a essas instituições fosse mantido fora do âmbito do setor público de saúde.

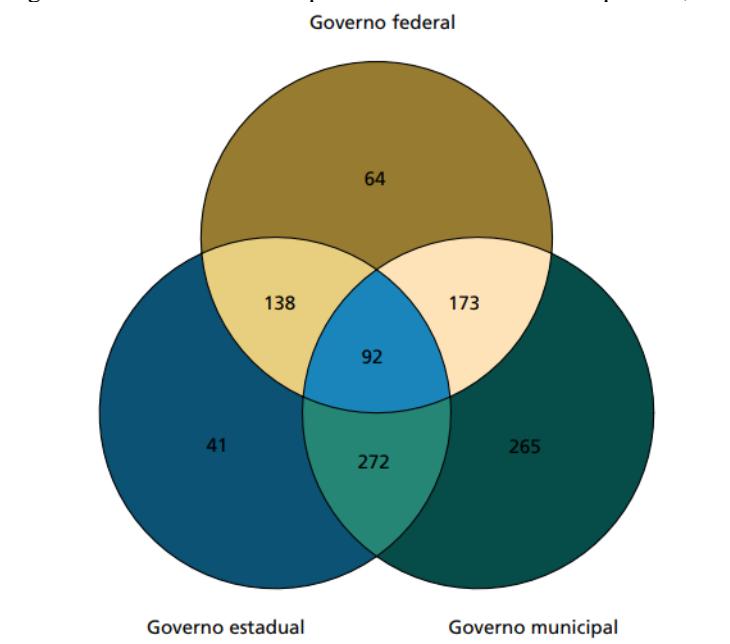
A análise realizada pelo IPEA (2017) a partir de dados obtidos pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Álcool e Drogas (CEPAD) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre<sup>44</sup> dá amostras de como esse financiamento ocorria entre os anos de 2014 e 2016. O IPEA selecionou 500 CTs dentre as 1.795 identificadas pelo CEPAD. Naquele momento 265 CTs recebiam recursos de municípios, 41 CTs recebiam recursos estaduais e 64 instituições tinham repasse federal. Os dados também informam diferentes fontes de

<sup>43</sup> FNS é responsável por gerenciar recursos financeiros destinados a despesas do MS (WEBER, 2021).

<sup>44</sup> A análise do IPEA foi realizada a partir de uma amostra de 500 CTs retiradas do cadastro do Censo feito pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Álcool e Drogas – CPAD do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que contabilizou na época de 1.795 CTs.

subvenção para as CTs, apontando que 272 CTs recebiam simultaneamente recursos financeiros de estados e municípios, 173 CTs eram financiadas pelo governo federal e por municípios e 138 recebiam recursos federal e estadual. E ainda, 92 instituições recebiam simultaneamente recursos municipais, estaduais e federais. O gráfico (FIGURA 12) abaixo mostra o número de CTs que tinham sobreposição de recursos financeiros. O órgão informa que a pesquisa foi solicitada pela SENAD com objetivo de reunir informações para aperfeiçoamento dos processos de avaliação e monitoramento do financiamento de vagas nessas instituições, que na época era realizado por meio desta secretaria.

Figura 12 - Número de CTs por fonte de financiamento público, 2017



Fonte: IPEA, 2017

Além desse tipo de financiamento, as CTs eram mantidas com recursos de diversas fontes entre doações (financeira, alimentos e outros itens), pagamento dos acolhidos, produção e venda de produtos, levantamento de fundos por meio festas e recursos dos próprios dirigentes. Nessa pesquisa, no entanto, não há menção aos valores totais recebidos pelas CTs (IPEA, 2017).

Cabe destacar que o financiamento público nem sempre era acompanhado de regulação e que isso variava conforme o ente federativo. Para Pires (2018), os municípios têm menor condição que os estados para regular as CTs, e estes por sua vez, têm menos

condição de regulamentação que âmbito federal. Ocorre que o financiamento a essas instituições é muito maior no nível municipal, seguido do financiamento estadual, e por fim do federal. Se, por um lado, os municípios são os maiores financiadores, por outro, eles são os mais limitados na sua capacidade de regulação e imposição de requisitos pois só podem regular as instituições presentes em seu território. No polo oposto, o governo federal tem possibilidade de fiscalizar todas as CTs, mas sua cobertura é relativamente baixa, reduzindo seu potencial de regulamentação, uma vez que esta tem se dado a partir do financiamento<sup>45</sup>

Em 2016 a Controladoria Geral da União (CGU) avaliou as contas da SENAD, responsável pela contratação de CTs com recursos federais. Comparou o público-alvo atendido pelas CTs (pessoas em uso drogas exceto tabaco e álcool) e as vagas disponíveis financiadas pela SENAD, concluindo que não havia distribuição de vagas equitativa. Recomendou que a distribuição de vagas se desse de acordo com a real necessidade das regiões, estabelecida por meio de estudos técnicos (TCU, 2022). Como é possível observar na Tabela 6, a região Sul contava com maior número de vagas financiadas, seguida da Região Sudeste, sendo esta a que apresentava maior público-alvo. Embora a Região Nordeste apresentasse o segundo maior número em relação ao público-alvo, ela era a terceira em número de vagas financiadas.

Tabela 6 - Comparaçāo da oferta de vagas financiadas pela SENAD em CTs em relação ao potencial público-alvo, 2016

Região	Vagas Financiadas	%	Público-alvo*	%
Norte	183	4,2	2.549.920	5,3
Nordeste	830	18,8	15.708.798	34
Centro-Oeste	393	9	2.662.368	5,8
Sudeste	1.436	32,5	21.157.453	45,5
Sul	1.569	35,5	4.357.086	9,4
Total	4.411	100	46.435.627	100

\*Calculado com base na porcentagem da população dependente de alguma substância, e segundo dados populacionais do IBGE.

Fonte: Elaboração própria a partir de TCU (2022)

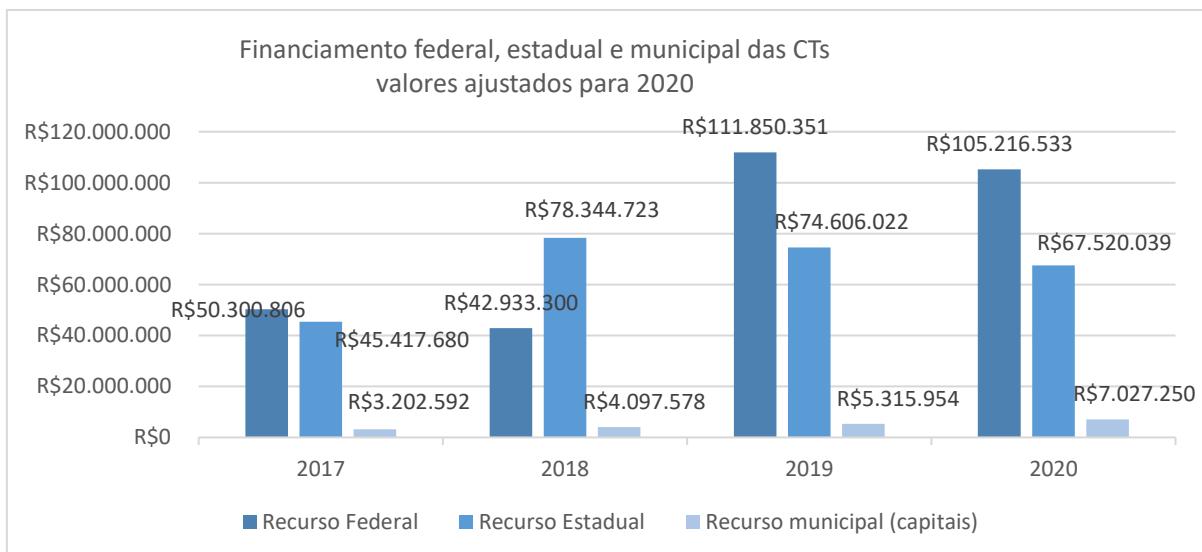
Por meio de um levantamento realizado pelo Conectas Direitos Humanos e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CONECTAS/CEBRAP), que buscou identificar o financiamento realizado<sup>46</sup> às CTs no período de 2017 a 2020, foi observado que o montante

<sup>45</sup> Em geral, a legislação que trata da regulação e critérios para o funcionamento das CTs é direcionados aos estabelecimentos que recebem repasse do governo.

<sup>46</sup> Os valores apresentados ajustados para 2020

de recursos repassados a essas instituições entre 2017 e 2020 chegou a R\$ 300 milhões de reais no âmbito federal. Considerando o repasse realizado por municípios e estados, esse valor chega a R\$ 560 milhões, o que significa uma média anual de R\$148 milhões. O estudo analisou o pagamento efetivamente realizado por vagas, que era realizado pela SENAD do Ministério da Justiça, e a partir de 2019 passou a ser realizado pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção de Drogas (SENAPRED), do Ministério da Cidadania. Ele foi acrescido de 109% no período. O gráfico abaixo (Gráfico 2) demonstra os recursos federais, estaduais, e das capitais estaduais destinados às CTs. (CONECTAS; CEBRAP, 2022). Diferente do que foi indicado na pesquisa do IPEA (2017), os recursos repassados pelo Governo Federal são consideravelmente maiores que os repassados pelos estados e municípios. Isso pode indicar o aumento do financiamento no âmbito Federal a partir de 2017, ou que os recursos repassados às CTs financiadas no âmbito federal totalizam um valor superior ao repasse dos municípios, mesmo que estes financiem um número maior de CTs. De fato, tanto o levantamento do CONECTAS/CEBRAP (2022) quanto o de Weber (2021) apontam aumento do repasse federal às CTs a partir de 2017. Como discutido anteriormente, o período foi configurado pelo estabelecimento de normas que tinham o objetivo de ampliar as CTs.

Gráfico 2 - Financiamento público das CTs, 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com base em CONECTAS; CEBRAP (2022).

Na pesquisa foi observada que não há proporcionalidade na distribuição de recursos, existindo, ainda, concentração em alguns estados. Alguns deles dispõem de grande aporte federal e estadual, como é o caso de Alagoas, Piauí, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Não foi observada compensação estadual quando não há financiamento federal. Das 26 capitais, 10 financiaram CTs no período estudado. Dessas, Teresina, Salvador e Porto Alegre apresentam valores mais robustos de financiamento municipal e estão em estados que obtiveram altos recursos estaduais e federais para CTs. Foi observada também evidente concentração de aportes para entidades que ganham simultaneamente recursos federais, estaduais e municipais, e em alguns casos emendas parlamentares. De 544 CTs em 14 estados e distrito federal, 244 recebem financiamento de mais de um ente público (CONECTAS; CEBRAP, 2022).

No ano de 2020 o Ministério da Cidadania destinou R\$ 10.206.007,14 para 287 entidades que totalizam 1.456 vagas voltadas para usuários de álcool e outras drogas em situação de rua. Isso se deu no âmbito de um projeto de acolhimento em Comunidades Terapêuticas, elaborado e coordenado pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e pela SENAPRED e que previa 20 mil novas vagas ainda em 2020 (Governo [...], 2020). Para o DESINSTITUTE (2021), esse movimento demonstra o desinteresse do governo Bolsonaro em investir nos serviços de atenção psicossocial, o que impactou diretamente no seu funcionamento, causando sucateamento e insuficiência no atendimento.

Outro aspecto observado no estudo do CONECTAS/CEBRAP (2022) é referente a emendas parlamentares. Foi elaborado um guia pela SENAPRED para auxiliar na destinação de emendas parlamentares às CTs. Dentre os itens que podem ser financiados por essas emendas, destacam-se: aquisição de veículos, capacitação de profissionais, manutenção e matérias para oficinas. Os termos de colaboração servem ainda para financiamento de vagas de acolhimento. O valor efetivamente pago em emendas no período de 2017 a 2020 é de R\$ 30 milhões, o que corresponde a 10% do financiamento federal. Os valores destinados às CTs variam. Das dez CTs que receberam mais recursos no período, a Obra Social Nossa Senhora da Glória Fazenda Esperança foi a mais financiada, com R\$ 9.150.000,00, e a Comunidade Terapêutica Caravana de Adulão (CTCA) a menos financiada ganhando R\$ 398.000,00 (CONECTAS; CEBRAP, 2022)

Cabe notar que as emendas parlamentares aumentaram 182% nos últimos anos, acompanhando o avanço do poder alocativo da emenda do relator<sup>47</sup>. Em 2021 somaram R\$ 40,5 milhões e em 2022 R\$36,4 milhões. Em 2023, já no governo Lula, estão em R\$53,6 milhões (Brasil, E., 2023).

Quadro 5 - Valor das emendas parlamentares destinado às CTs, 2017-2020

Comunidade Terapêutica	Valor Recebido
Obra Social N. S. da Glória Fazenda Esperança	R\$9.150.000
Casa do Menor São Miguel Arcanjo	R\$6.788.000
Rede Cristã de Acolhimento e Recuperação do Dependente Químico do Estado de Alagoas	R\$1.500.000
Desafio Jovem Ebenezer do Estado do Rio de Janeiro	R\$1.250.000
Fundação Centro de Recuperação Feminino Missão Resgate	R\$1.191.000
Cruz Azul no Brasil	R\$650.000
Transforme Ações sociais e Humanitárias	R\$600.000
Associação de Acolhimento aos dependentes químicos e familiares – ADQF	R\$400.000
Ceari – Reabilitação para a vida	R\$400.000
Comunidade Terapêutica Caverna de Adulão – CTCA	R\$398.000

Fonte: CONECTAS/CEBRAP (2022, p. 31)

Entre os políticos que tiveram mais emendas parlamentares destinadas às CTs, estão Eros Biondini/PROS-MG (R\$3.347.129), João Henrique Holanda Caldas/sem mandato-AL (R\$1.200.000), José Maranhão/MDB-PB (R\$1.191.224), Flavinho/PSC-SP (R\$1.178.500), Cabo Daciolo/sem mandato-RJ (R\$1.000.000), Rosangela Gomes/Republicanos-RJ (R\$950.000), Maria do Carmo Alves/DEM-SE (R\$850.000), Hugo Leal/PSD-RJ (R\$800.000)<sup>48</sup>. Existe, contudo, imprecisão para determinar se as CTs foram de fato o destino final da emenda. Observa-se também que os recursos oriundos de emendas parlamentares são pequenos se comparados ao investimento do governo federal (CONECTAS; CEBRAP, 2022). Ainda assim, vale registrar que em 2014 o deputado Geraldo Carimbão destinou R\$5 milhões para construção de CTs em Alagoas (Doudement; Conceição, 2018).

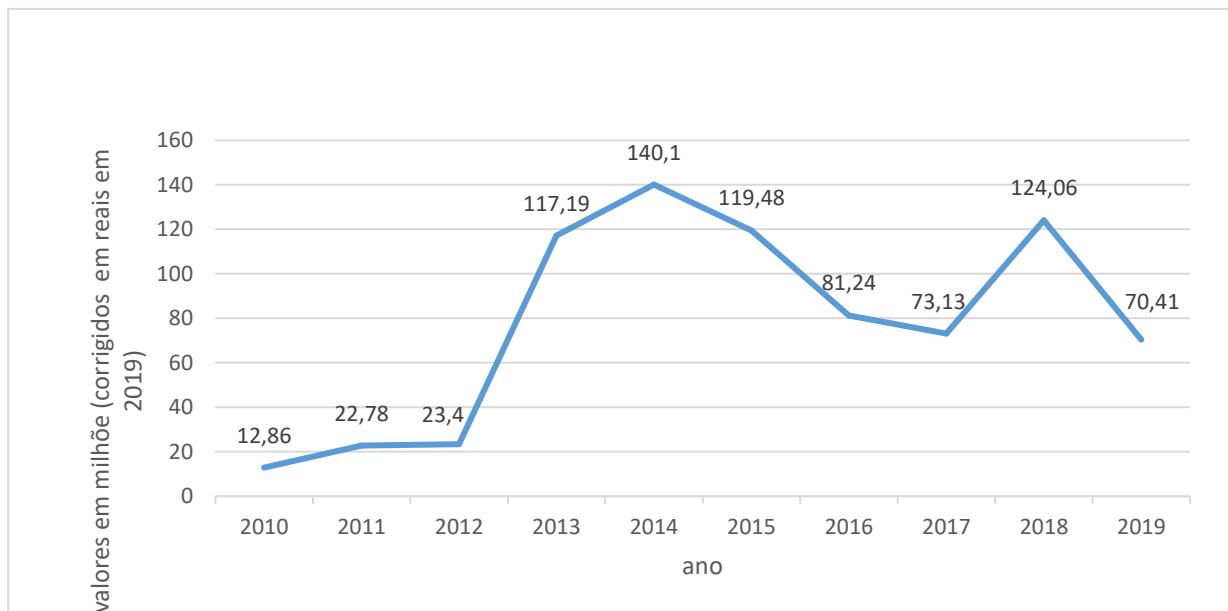
De acordo com Weber (2021), no contexto em que os gastos com Política Nacional de Saúde Mental diminuíram (serviços hospitalares e extra-hospitalares) 14,7% entre 2010 e 2019, as CTs tiveram seu financiamento consolidado. O estudo realizado pela autora

<sup>47</sup> A Emenda do relator é um instrumento pelo qual o parlamentar pode recompor de forma total ou parcial dotações consideradas limitadas ou que foram canceladas. Deste modo, os parlamentares podem requerer à União verba a ser destinada a algum setor sem necessidade de identificação ou transparência. Disponível em: [https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario-/orcamento/termo/emenda\\_de\\_relator;](https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario-/orcamento/termo/emenda_de_relator;)

<sup>48</sup> Total de R\$10.516.853

demonstra financiamento de CTs realizados por meio do FUNAD, no período de 2010 a 2019. Diferente do estudo citado acima, que analisou valores executados, Weber realizou levantamento dos recursos empenhados<sup>49</sup> em programas federais para chamamento público de vagas em CTs, emendas parlamentares e valores empenhados direto para essas instituições. O gráfico (GRÁFICO 3) abaixo apresenta os valores encontrados pela autora. Segundo ela, não é apropriado afirmar o crescimento ou decrescimento dos valores ao longo desses anos, porém observa-se que são gastos oscilantes. A despeito da posição da autora, não se pode deixar de indicar que na passagem de 2012 para 2013, no Governo Dilma, houve um aumento expressivo e inédito, com escalada de 23,4 milhões de reais para 117,19 milhões. O empenho foi ampliado em 2014, indo para 140,1 milhões. Houve então redução até 73,13 milhões em 2017, já no Governo Temer, com novo aumento importante em 2018, para a ordem de 124,08 milhões. Em 2019, primeiro ano do Governo Bolsonaro, houve redução para 70,41 milhões. Esse quadro muda depois a partir de 2020.

Gráfico 3 - Gastos com CTs pelo FUNAD, 2010 a 2019



\*em milhões de reais

\*\*corrigido em 2019

Fonte: Elaboração própria com base em Weber, 2021

Em 2019, no contexto de um novo governo, o financiamento das CTs com recursos do FUNAD deixou de ser gerido pela SENAD/MJ e passou para a SENAPRED, do

<sup>49</sup> Valores reservados para dotação orçamentária.

Ministério das Cidades, coordenado por Osmar Terra. Dados da SENAPRED (2021) indicam os efeitos dessa mudança, com aumento das vagas financiadas pelo governo federal. Elas passaram de 2.900 em 2018 para 10.680 em 2020. Em 2021 foram credenciadas 444 CTs voltadas ao público masculino, 44 instituições para o público feminino e mais 40 CTs para mães em fase de amamentação, totalizando 528 CTs com oferta de aproximadamente 15 mil vagas. Esses dados são um pouco diferentes dos fornecidos pelo TCU, segundo o qual em fevereiro de 2022 havia 684 CTs com 16.963 vagas habilitadas pelo Governo Federal.

Com o crescimento apresentado pelas CTs, o orçamento destinado a elas ao final de 2021 foi superior aos recursos para Caps Ad, o que levou Guljor e Pinho (2023) a afirmarem que, no campo da assistência em saúde a pessoas em uso prejudicial de drogas, o setor privado superou em tamanho o sistema público. Tendo em vista somente o financiamento realizado pela SENAPRED do Ministério da Cidadania, foram pagos R\$600 milhões de reais a 700 CTs. Já para os 2.742 Caps (430 deles Ad), o Ministério da Saúde destinou R\$1 bilhão e 230 milhões. Isso significa que só da SENAPRED as CTs receberam o equivalente à metade do valor destinado à rede Caps.

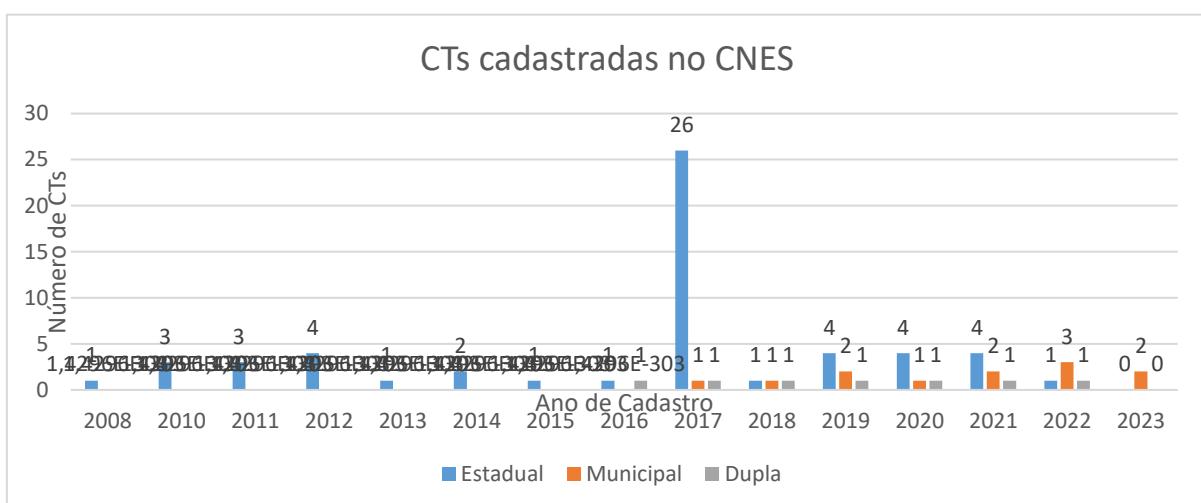
Outra forma de subvenção às CTs são as certificações, que as isentam do pagamento de tributos. Essas certificações podem ser concedidas pelos poderes executivo e legislativo das três instâncias administrativas (Doudement; Conceição, 2018; IPEA, 2017). De acordo com o IPEA (2017) e ainda Bastos e Alberti (2021), 73% das CTs pesquisadas receberam declaração de Utilidade Pública Municipal, 53% receberam declaração de Utilidade Pública Estadual e 27,6% conseguiram a declaração de Utilidade Pública Federal, todas atribuídas pelo poder legislativo correspondente. Já o Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social (Cebas)<sup>50</sup> foi concedido a 20% das CTs pelos Conselhos Municipais de Assistência Social, e o Cebas Saúde, obtido junto ao SUS, foi conferido a 6,7% dessas instituições. Em 2021 foi aprovada Lei complementar nº 187, que trata da reformulação de regras para certificação de estabelecimentos benficiantes e inclui as CTs como entidades que atuam na Redução de Demanda das Drogas. Com isso, estas passam a contar com imunidade tributária, desde que consideradas entidades benficiantes na área de educação, assistência social ou saúde.

---

<sup>50</sup> Possibilita que entidades sem fins lucrativos usufrua de isenção de tributos e de contribuições sociais, e ainda, permite fazer convênios e parcerias com o poder público. Disponível em Gov.br (<https://www.gov.br/pt-br/servicos/certificar-se-como-entidade-beneficente-de-assistencia-social>)

Chama atenção que no Cadastro Nacional de Saúde (CNES) existam 59 instituições caracterizadas como Unidade de Atendimento em Regime Residencial, sendo o cadastro mais antigo datado de 2008 com gestão estadual. O gráfico 4 mostra o ritmo de cadastro das CTs entre 2008 e 2023, atestando pico em 2017. A gestão desses cadastrados se divide em municipal, estadual ou dupla (Ministério da Saúde, s.d.). Não foram encontradas na literatura informações sobre esse tipo de cadastro para CTs.

Gráfico 4: CTs cadastradas no CNES, 2008 - 2023



Fonte: Elaboração própria com base em Ministério da Saúde (s.d.)

Para o CONECTAS/CEBRAP (2022), os principais fatores que contribuem para a expansão do custeio de CTs por parte do governo federal são: a) a política de transferência de recursos ser feita de maneira simplificada, baseada em cumprimento de requisitos de credenciamento sem exigência de certames públicos ou concorrência, e b) haver fonte estável de financiamento, que assegura uma posição em que as CTs não precisam disputar orçamento com outros setores; c) a relação com o poder legislativo assegurar emendas parlamentares. As características observadas sobre a estabilidade desse orçamento ao longo dos anos permitem inferir que há uma tendência de o orçamento anterior seja reproduzido pelos próximos anos. Nos programas do governo<sup>51</sup> analisados por estes órgãos, as CTs estão em meio a uma variedade de ações e têm disposição dos dados em nível genérico. Isso compromete a precisão da análise dos valores alocados para essas instituições pois as ações relacionadas ao acolhimento em CTs não estão individualizadas, o que demonstra

<sup>51</sup> Correspondência entre o Plano Plurianual e Lei Orçamentária

um descompasso entre o planejamento e a execução. Essa falta de detalhamento influencia na avaliação e no monitoramento desta política de financiamento. Assim, não há clareza sobre a relação entre insumos, produtos, resultados e impactos, ou sobre a relação entre o atendimento realizado e a redução do impacto social do álcool e outras drogas. O CONECTAS/CEBRAP (2022) considera que a política de financiamento das CTs apresenta déficit de planejamento, de controle e de avaliação. Falta clareza a respeito do serviço contratado, seu real custo, os objetivos esperados, sua efetividade e seu impacto. No plano plurianual, a relação entre o serviço prestado pelas CTs e a redução do impacto social por uso de drogas não está clara. Há dificuldades em realizar uma análise detalhada do financiamento estadual e municipal de CTs, pois não há um modelo único de critérios e forma de execução para dispor desses recursos. Nos municípios e estados, o financiamento parte de secretarias diversas.

Em 2022 o TCU realizou uma auditoria com o objetivo de avaliar a qualidade do monitoramento e da supervisão do *Programa Rede de Suporte Social ao Dependente Químico: cuidados, prevenção e reinserção social*, lançado em 2019 pelo extinto Ministério da Cidadania. O Programa tinha como objetivo “estabelecer políticas públicas efetivas voltadas aos usuários e dependentes químicos e seus familiares, no que se refere a prevenção, tratamento, acolhimento e recuperação, culminando com a sua reinserção social” (Brasil, 2019h, p.1). Sua meta era a ampliação do número de atendimentos em CTs (cuidados, prevenção e reinserção social de dependentes químicos) em 172,73%.

De acordo com o relatório apresentado, a principal atividade desenvolvida pelo referido Programa é o financiamento de vagas em CTs, que abrange avaliação e acompanhamento dos tratamentos. A auditoria constatou que não há distribuição equitativa<sup>52</sup> de recursos nesse Programa, sendo observado que não há distribuição de vagas financiadas proporcional ao potencial público alvo. Além disso, há dificuldades na execução orçamentária (TCU, 2022).

---

<sup>52</sup> A distribuição equitativa nos serviços de acolhimento deve ter como objetivos erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir desigualdades sociais e regionais, de acordo com a Constituição Federal (TCU, 2002).

Tabela 7 - Comparação da oferta de vagas financiadas pela SENAD em CTs em relação ao potencial público-alvo, 2021.

Região	Vagas Financiadas	%	Público-alvo*	%
Norte	423	3,9	1.197.634	4,2
Nordeste	2.620	24	8.266.295	28,9
Centro-Oeste	1.105	10,2	2.201.396	7,7
Sudeste	3.676	34	14.028.288	49
Sul	3.094	28,5	2.928.151	10,2
Total	10.828	100	28.621.765	100

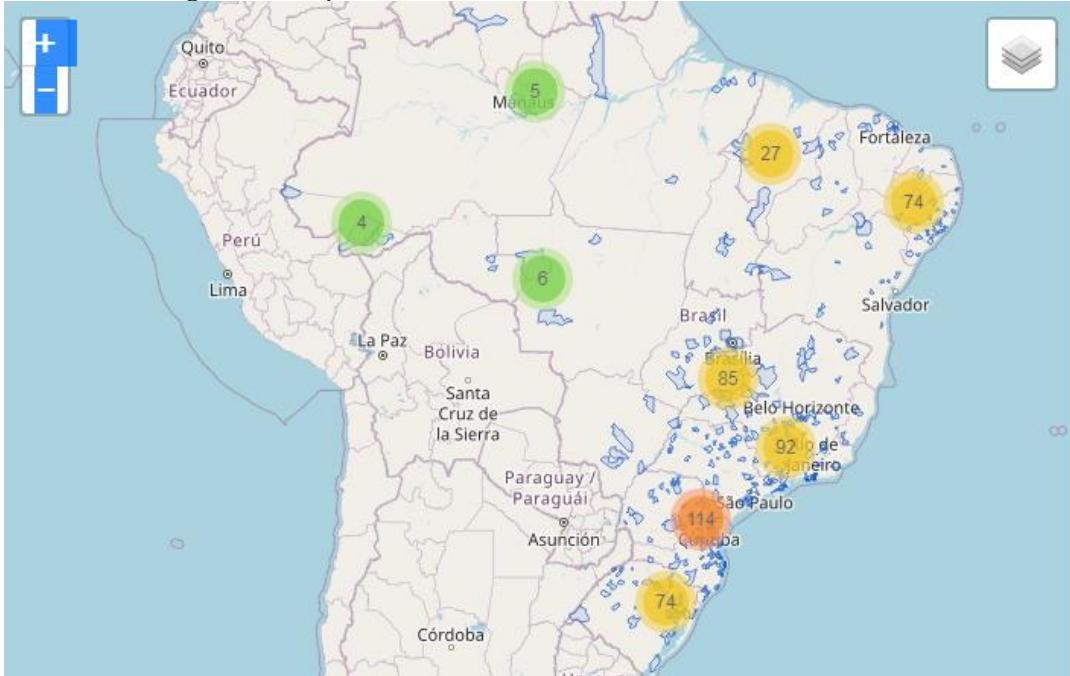
\* Calculado com base na porcentagem da população dependente de alguma substância, e segundo dados populacionais do IBGE

Fonte: Elaboração própria a partir de TCU (2022)

O Laudo do TCU (2022) conclui que os dados variam de forma considerável pois, para cada mil pessoas, 106 são atendidas na Região Sul e 26 na Região Sudeste. A SENAPRED utilizou como critério para financiamento de vagas os dados estatísticos do 2º Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) de 2012, feito pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Questionou e desconsiderou o estudo mais recente, o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (LNUD), realizado pela FIOCRUZ em 2015 e concluído em 2017. Além deste problema, o TCU apurou que foram utilizados critérios relacionados à criminalidade e gênero para distribuição de vagas, sobretudo femininas, cuja oferta era menor que as masculinas. O órgão observou que eles não foram apresentados em normativos, apenas nos editais de chamamento, alterados de acordo com a disposição de novas vagas, o que implica em critérios inadequados.

No site do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) há um mapa interativo (FIGURA 13), com última atualização datada de 31 de agosto de 2022, que indica a existência de 481 CTs, consideradas “todas as CTs cadastradas junto ao governo federal” (Ministério [...], 2019, p.1). Isso indica que em 2002 houve redução do número de CTs credenciadas à SENAPRED em relação aos dados apresentados no ano anterior. É possível visualizar algumas informações sobre as CTs ao selecioná-las no mapa, porém apenas de forma individualizada. Não foram encontradas planilhas ou outras formas de organização que permitissem analisar as CTs apresentadas, por região ou por estado, ou outros tipos de informações gerais, o que dificulta a análise de dados sobre distribuição de vagas ou mesmo localização de CTs por região.

Figura 13 - Mapa interativo de CTs cadastradas na SENAPRED, 2022



Fonte: MDS, 2023.

Essa questão foi observada no relatório do TCU (2022), que identificou uma série de irregularidades no Sistema de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT), o sistema informatizado onde é realizado o cadastro e monitoramento de serviços prestados pelas CTs. O SISCT armazena dados e possibilita a consulta individualizada das entidades contratadas. Ele apresenta ainda perfil dos acolhidos, taxa de ocupação e altas. Também é por esse sistema que são atestadas as notas fiscais. Porém no período em que esse relatório foi produzido, foi informado pela SENAPRED que o SISTC estava inoperante e que este sistema só permite extração de dados individuais, sendo necessária a criação de planilhas para se obter informações gerenciais. Foi evidenciado que é comum o SISTC permanecer inoperante, ou com falhas e instabilidade.

Deste modo, o levantamento do TCU (2022) sobre o SISTC apontou: a) a inviabilidade do monitoramento por esse sistema; b) a escassez de informações disponíveis para consulta, impedindo o processo de transparência da gestão do programa; c) os riscos de pagamentos irregulares e permanência de serviços ineficientes decorrente da baixa qualidade e confiabilidade dos dados obtidos; d) a impossibilidade de comprovar se o acolhido recebe tratamento adequado, ou mesmo se ele de fato está acolhido na unidade; e) a distribuição não equitativa de vaga. Considerou ainda desarrazoado que o SISTC esteja há três anos apresentando problemas, ressaltando que há riscos associados à veracidade dos

dados apresentados pelo SISTC. Recomenda o aprimoramento do SISTC; a utilização de estudos técnicos para definição de proporcionalidade de vagas por região; divulgação dos relatórios gerenciais para que haja transparência e controle social; e a adoção de mecanismos de fiscalização mais adequados.

A falta de clareza e as contrariedades apresentadas até aqui demonstram uma série de inadequações com relação ao repasse feito a essas instituições. Embora o financiamento das CTs não tenha sido aceito de forma passiva por pesquisadores, profissionais e conselhos, na Câmara dos Deputados ele não sofreu muita resistência, como demonstrado por Doudelement e Conceição (2018) ao falar sobre a FPCT, discutido no tópico anterior. Pinho e Guljor (2023) salientam que as CTs não se colocam mais como uma alternativa de cuidado, mas sim um modelo que disputa financiamento e espaço enquanto modelo assistencial. De fato, até aqui observamos uma série de orientações e normas voltadas à expansão e financiamento dessas instituições, que é inversamente proporcional aos parcos esclarecimentos sobre sua abordagem de cuidado e a quase inexistência de critérios mínimos para funcionamento adequado, além de um sistema falho de comprovação de sua efetividade e de monitoramento. Soma-se a isso a fiscalização, que é insuficiente, como veremos a seguir.

#### **5.4. Fiscalização**

Segundo o TCU (2022), a fiscalização regular e sistemática é a forma mais adequada de checar se o funcionamento das CTs é adequado, sendo necessário para isso um plano anual de inspeções com disposição das regras necessárias. Em vigor atualmente, a RDC nº29 de 2011 estabelece requisitos mínimos para fiscalização e inspeção das CTs. Destacam-se normas sobre: alvará sanitário atualizado, infraestrutura física, recursos humanos compatíveis com número de internos profissional de nível superior como responsável técnico, projeto terapêutico de acordo com recursos humanos e estrutura física, critérios de admissão e administração de medicamentos e procedimentos de articulação com a rede de saúde. Nessa perspectiva, as CTs são consideradas estabelecimentos de interesse para a saúde. Assim, seu enquadramento regulatório é específico desta categoria que, dentre outras coisas, não podem prestar serviço terapêutico (Loeck, 2021). Resende (2021) ressalta a RDC nº 29 de 2011 não estabeleceu período mínimo de fiscalização.

Na tabela 8 é possível perceber que ocorreram fiscalizações anuais pela SENAD<sup>53</sup>, entre 2013 e 2016, mas em nenhum momento elas cobriram todas as CTs existentes. Segundo TCU (2017), havia 326 contratos vigentes da SENAD com CTs e destas apenas 133 (41%) foram fiscalizadas *in loco* e uma única vez em um ano. As fiscalizações ocorreram apenas em cinco estados, demonstrando a insuficiência da fiscalização efetuada. Ainda assim, nelas foi encontrado elevado número de irregularidades com relação à prestação de serviços. A situação não foi diferente com as inspeções remotas, que ocorreram em apenas 13 CTs em 2021. O TCU orientou que as inspeções fossem periódicas e que houvesse o fortalecimento da SENAD com gestores e Conselhos locais para que estes pudessem apoiar as fiscalizações.

Tabela 8 - Visitas realizadas por ano às CTs, 2013-2016

Região	Comunidades terapêuticas	Visitas por ano							
		2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Norte	22	1	4,5	19	86,4	9	40,9	3	13,6
Nordeste	66	21	31	31	47	51	77,3	27	40,9
Centro-Oeste	36	4	11	24	66,7	13	36,1	15	41,7
Sudeste	122	24	19,7	74	60,6	80	65,6	48	39,3
Sul	144	62	43	66	45,9	98	68	42	29,2
Total	390	112	28,7	214	54,9	251	64,3	135	34,6

Fonte: Elaboração própria a partir de TCU (2017, p.7).

Em 2019, sob responsabilidade da SENAPRED, a Portaria nº 562 de 2019 manteve o prazo mínimo de um ano para a fiscalização, mas acrescentou que ela poderia não ocorrer dentro desse prazo poderia ser justificado em função de “indisponibilidade logística”. Não havia especificação na Portaria ou em documentos posteriores sobre que tipo de indisponibilidade seria essa ou por que ela não poderia ser sanada. No lugar de equacioná-las, em 2021 o Governo Federal instituiu a fiscalização remota, substituindo o modelo anterior e tornando ainda mais frrouxo o acompanhamento das CTs (Brasil, 2019a; 2021b).

A respeito da alegada indisponibilidade da Portaria nº 562, é importante resgatar a posição do TCU (2022, p.22) para quem “é função da administração criar a logística administrativa para a execução da fiscalização”. Como ela não foi criada, o TCU aponta que há baixa capacidade operacional de fiscalização e fragilidades no processo de fiscalização realizado *in loco*.

<sup>53</sup> Órgão responsável pelas CTs nesse período.

A leniência na inspeção das CTs concorre com violações de direitos e práticas abusivas (CFP, 2018a). Ao tratar da fiscalização realizada pela Vigilância Sanitária, Loeck (2021) aponta que as inspeções não alcançam todas unidades. Salvo em situação de grave violação de direitos, as CTs que não contam com o alvará de funcionamento se mantêm funcionando com os acolhidos em suas instalações, enquanto tramita o processo para emissão do alvará ou até a adequação necessária. Além disso, os processos de regularização e licenciamento possibilitam o funcionamento de instituições que estão em desconformidade com o que é preconizado pelas normas de regulamentação, que não são instantaneamente interditadas. O autor verifica que isso se deve à ideia de que “para os indesejáveis, qualquer lugar é melhor do que a rua” (Loeck, 2021, p. 62). Outra questão levantada pelo autor é que as inspeções sanitárias, por sua organização, restringem-se à conferência de documentos e não alcançam todo o processo do cotidiano de uma CT. Ele afirma que parcerias entre entes do poder público, como Ministério Público e Coordenações de Saúde Mental, e a vigilância sanitária qualificaria as inspeções. Para o autor, a atribuição de inspecionar as CTs está além da capacidade da vigilância sanitária. Isso se expressa, por exemplo, na Nota Técnica nº 2 da Anvisa (Brasil, 2020b) que trata de esclarecimentos sobre a RDC 29. Ela admite que existe o alto percentual de denúncias por graves violações de direitos nessas instituições e não trata da periodicidade da fiscalização, tampouco de indicadores para um olhar qualitativo para o processo terapêutico. Tendo esse tipo de omissão em vista, Loeck (2021) afirma que faltam especificações sobre as ações que constituem a convivência entre pares, instrumento terapêutico das CTs. Para o autor, esta é uma categoria vaga e ampla que permite que práticas heterogêneas e indefinidas possam ser compreendidas como execução desta terapêutica.

Assim sendo, como informar se um estabelecimento cumpre sua proposta de cuidado uma vez não há definição e critérios de como este deve ser desenvolvido? Ou, como identificar violações de direitos cometidas por essas instituições quando essas são descritas como ações de tratamento, como é o caso da laborterapia, o isolamento e a obrigação a seguir uma religião determinada? É contraditório que não haja resposta a questões tão importantes e a mesmo tempo essas instituições sejam reconhecidas pelo Estado como estabelecimento de cuidado a questão das drogas, e ainda, mantidas como pontos de atenção da RAPS, como será discutido a seguir.

## **5.5. As Comunidades Terapêuticas na RAPS**

A Política de Saúde mental, baseada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, não tem como sustentar eticamente as CTs, porém há anos essas instituições fazem parte da realidade da RAPS. Sua inclusão acabou por promover disputas no campo assistencial e no financiamento, afetando um dos fundamentos da rede, que é a articulação entre os pontos de atenção para oferta de cuidado integral em saúde mental. Pouco se sabe sobre as estratégias de cuidado nas CTs. Também é pouco conhecida a inserção das CTs na RAPS e como é a interação com os pontos de atenção, em especial com o Caps Ad, serviço estratégico para acompanhamento de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Muitos estudos discorrem sobre o paradoxo da permanência das referidas instituições na RAPS, uma vez que estes estabelecimentos se contrapõem à lógica de desinstitucionalização e o cuidado articulado e de base territorial proposto pela RAPS (Bastos; Alberti, 2021; Ramôa; Teixeira; Belmonte, 2019; Batista, 2020; Teixeira *et al*, 2017).

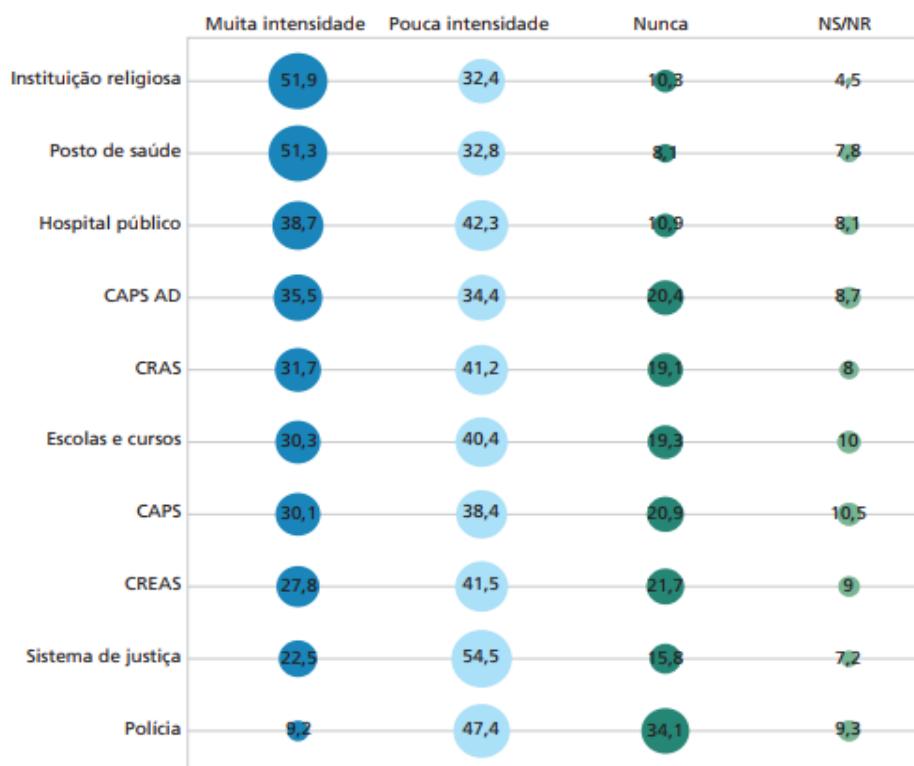
Costa (2009, p.9), enquanto partidária do modelo CT, questiona se a “Saúde está preparada para receber, se relacionar, capacitar e assessorar as CTs” por atuarem a partir da abstinência e da internação. Para autora, o não reconhecimento das CTs como espaço de tratamento pelos Caps impede a capacitação técnica dessas instituições, assim como parcerias e convênios. Considera uma tarefa difícil definir limites das ações dos diferentes setores das políticas públicas e, portanto, esse campo não pode se tornar um contexto de disputas. Além disso, observa que o trabalho deve ser conjunto, e conclui que, embora o atendimento nas CTs esteja expresso na legislação, sua operacionalização e reconhecimento é uma questão para o campo da saúde. Na mesma direção, Badagan, Brito e Ventura (2014) defendem as CTs como uma possibilidade de tratamento, porém observam que seu papel na rede não está definido e que seus objetivos não estão de acordo com a legislação que dispões sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Pires (2018) assinala que as CTs se expandiram ao mesmo tempo em que a RP se consolidava. Entende que existe uma rivalidade entre os profissionais da área de saúde que atuam no SUS e aqueles que trabalham nas CTs, por adotarem abordagens e modelos que se contrapõem. Para o autor, a crítica feita por parte dos primeiros reforça a necessidade de coesão interna dos últimos, reforçando sua identidade ocupacional. Batista (2020) questiona se seria papel dos Caps assessorar as CTs, se estas instituições estariam abertas a intervenções de transformações de seu modelo de tratamento e, ainda, se a aproximação entre as duas formas de trabalho seria de fato possível. Conclui que na verdade o que

sobressalta neste campo são as tensões, contradições, desarticulações e disputas. Nesse sentido, Santos (2018) aduz que as divergências entre os dois modelos de cuidado acentuam as divergências entre Caps Ad e CT. A autora sustenta que, para implementação da política de atendimento da RAPS, deveria haver coerência entre os serviços e objetivos e entendimentos comuns dos profissionais. De acordo com o CONECTAS/CEBRAP (2022), o descompasso na lógica de atenção foi desconsiderado na inclusão das CTs na RAPS, que tampouco tiveram sua função definida.

Ainda sobre articulação entre as CTs e outros pontos da RAPS, alguns dados foram apresentados pela pesquisa do IPEA (2017) conforme a Figura 14. De acordo a pesquisa, em 88% das CTs pesquisadas as pessoas chegam por conta de familiares. Em apenas 40% delas o encaminhamento por serviços de saúde é o mais comum e em 35% aquele feito por Caps Ad. Os dados indicam ainda que 20% das CTs nunca receberam encaminhamento por Caps Ad. Já com relação à cooperação entre os serviços, 50% das CTs apresentam articulação frequente com o posto de saúde. E, ainda, 35% relatam frequência na articulação com o Caps Ad e igualmente 35% relatam baixa frequência na articulação com este serviço. No caso dos serviços da assistência, há relação frequente com 35% das CTs e pouco frequente em 40% delas.

Figura 14 – Articulação entre CTs e outros serviços, 2017



IPEA, 2017.

Para Silva et al (2015), embora as CTs se articulem com outros pontos da RAPS, essa articulação não se dá de forma orgânica. Nesse sentido, Batista (2020) e ainda Santos (2018) observam que existem tensões entre Caps e Comunidades Terapêuticas advindas do direcionamento das intervenções e das divergências entre suas respectivas concepções sobre o uso de drogas, gerando disputas entre os modelos. Santos e Pires (2018) observam que essas disputas são evidentes no âmbito nacional, porém pouco discutidas com relação à interação no território.

Na literatura examinada para a presente pesquisa, não foi encontrada nenhuma justificativa sobre a inserção das CTs na RAPS além da proposta de ampliação da rede que se deu no contexto de uma suposta epidemia de crack, como discutido anteriormente. De outro modo, autores favoráveis e contrários a esse modelo enquanto estabelecimento de cuidado a pessoas em uso prejudicial de drogas ponderam que há uma indefinição com relação ao papel das CTs na RAPS, além de outras questões levantadas até aqui. O atual governo retirou da RAPS os hospitais psiquiátricos, entre outros serviços que representavam um retrocesso para a Política de Saúde Mental baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Porém, as CTs não foram retiradas da RAPS. Então, o que as mantêm como ponto de atenção desta rede?

## **5.6. As críticas às Comunidade Terapêuticas, os argumentos de seus defensores e a manutenção paradoxal do modelo**

Três questões chamam atenção no debate sobre a inserção CTs nas políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas: 1º) as inúmeras irregularidades e violações de direito encontradas nessas instituições; 2º) o fato de as CTs atuarem em desacordo com a Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental dela advinda; e 3º) as várias modalidades de financiamento que as CTs passam a receber, em detrimento dos serviços territoriais de saúde mental, embora não apresentem eficácia comprovada (Batista, 2020; CONECTAS/CEBRAP, 2022; Ramôa; Teixeira; Belmonte, 2019; Santos, 2018).

De acordo com IPEA (2017), as críticas sobre as CTs foram realizadas de forma mais sistematizadas a partir *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*, elaborado a partir da inspeção da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia realizada no ano de 2011 em 68 CTs de diferentes estados do Brasil. Nesse relatório questiona-se se tais instituições são unidades de *acolhimento* ou *recolhimento* de usuários de álcool e outras

drogas. Também é informado que as CTs foram divulgadas como “solução para o problema das drogas”, porém “se inscrevem no campo das práticas invisíveis e subterrâneas” na medida em que é difícil acessá-las (CFP, 2011, p.190). Do pouco que se pôde conhecer, em todas as CTs visitadas foram observadas violações de direitos: interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação aos acolhidos e revista vexatória de familiares, intimidações, desrespeito à orientação sexual, violação de privacidade, impedimento de qualquer forma de comunicação com o mundo externo, trabalho forçado, ruptura total dos laços afetivos e sociais, imposição de participação em atividades religiosas, além de outras violações quando a estrutura física da instituição era precária. Em algumas CTs foram registrados métodos de tortura como enterrar o acolhido até o pescoço, fazer com que ele bebesse água do vaso sanitário, ofertar alimentos estragados. Também foram observados internos com ferimentos e sinais de violência física. Outra prática encontrada foi a de coagir mulheres a seguirem com a internação sob pena de terem seus filhos entregues para adoção. Foi relatado que, em casos de crise de abstinência, a conduta de algumas CTs era a espera da cessação dos sintomas ou o acionamento da família para solicitar socorro, ignorando que esse quadro é uma emergência médica que pode levar ao óbito. O relatório registra ainda que algumas dessas instituições aceitam internação compulsória e que várias têm relação com o poder público, seja em razão de recebimento de recursos ou por serem reconhecidas como instituição de utilidade pública.

Em 2018 o CFP fez nova inspeção das CTs, desta vez acompanhado do órgão federal Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF). O relatório produzido a partir das visitas a 28 CTs em diferentes regiões do Brasil informa que, dentre os internos, existiam pessoas registradas com *agressividade* e *rebeldia*, deficiência intelectual, idosos ou em situação de rua que não faziam uso prejudicial de álcool e drogas, o que fala da ampliação do perfil da clientela. Foram identificadas ainda diversas irregularidades com relação à internação involuntária porque essa modalidade de tratamento só poderia ocorrer em estabelecimento de saúde e mediante laudo psiquiátrico. Não bastasse isso, algumas CTs relataram práticas de resgate ou remoção, em que há uso de imobilização e contenção física e química para o internamento forçado, na ausência de qualquer amparo médico, caracterizando crime de sequestro, cárcere privado e tortura de acordo com código penal. O relatório conclui que em todas as

CTs inspecionadas foi encontrado algum nível de violação de direitos, como punição por meio de trabalho, restrições, privação de sono, supressão de alimentação, isolamento ou confinamento e uso de contenção física e química de maneira irregular. Também foi encontrada situação em que a internação ocorreu de maneira voluntária, porém as pessoas foram obrigadas a permanecerem na instituição contra a própria vontade (CFP, 2018a).

Em 2020, a Anvisa esclareceu que as CTs que usavam medicamentos sem supervisão médica ou como contenção química de forma arbitrária e, ainda, que adotavam práticas de castigos físicos, tortura e impossibilitar ou manter o residente na instituição de forma involuntária, afrontando as disposições da Anvisa e que poderiam ser responsabilizadas nas esferas administrativa, civil e penal (Brasil, 2020b). São frequentes as notícias de CTs que atuam de forma irregular ou mesmo com práticas de violações de direitos graves. Em alguns casos, como ocorreu em 2019 em Goiás, cinco sócios de uma CT receberam voz de prisão após averiguação de uma série de irregularidades além de agressões físicas e cárcere privado (Rosa, 2019). Em outro caso, desta vez em São Paulo, a CT foi interditada e o dono autuado por manter os internos em situação de maus-tratos (Vigilância [...], 2020). De outro modo, em Minas Gerais, uma CT que chegou a ser interditada em 2021 após averiguação de irregularidades, foi desinterditada ano passado. Diante disso, membros da Comissão de Direitos Humanos, Igualdade Racial e Defesa do Consumidor solicitou esclarecimentos sobre a situação, porém o desdobramento do caso não foi divulgado (Comunidade Terapêutica [...], 2022). Ainda sobre a não responsabilização de algumas entidades, há uma série de denúncias veiculadas no site Brasil de Fato (Quirino, 2023) sobre diferentes CTs no Distrito Federal que, dentre inúmeras irregularidades de violações de direitos e na prestação de contas do financiamento público, mantém os acolhidos em regime de trabalho análogo à escravidão. De acordo com a reportagem há alguns anos esses espaços são denunciados sem nenhuma providência, ressaltando ainda que “GDF [Governo do Distrito Federal] chancela a continuidade da barbárie manicomial e cria oportunidades para o desvio de verbas.

Independente dos bárbaros excessos relatados, as exigências de abstinência, isolamento social, de laborterapia e obrigatoriedade em seguir determinada religião estão em conflito não só com as normativas da Anvisa, mas com as garantias fundamentais fornecidas pela Constituição Federal e as premissas de direitos humanos, direito à cidadania e da laicidade do Estado (IPEA, 2017). Ocorre que também em relação a regulamentações sanitárias e sobre modelo de tratamento, muitas desses estabelecimentos

não cumprem os requisitos mínimos para funcionamento. A pesquisa do IPEA (2017, p. 35) sobre o perfil das CTs, por exemplo, conclui que:

[...] as comunidades terapêuticas estudadas diferem-se em relação ao grau de institucionalização idealizado e praticado, ordenando-se empiricamente em uma espécie de continuum, a partir do qual é possível entrever que, enquanto algumas desenvolvem suas atividades sob preceitos pouco explícitos, demonstrando precária adequação à regulamentação existente, outras parecem atentas ao debate acerca delas, e às normativas que vêm sendo estabelecidas. Em geral, estas últimas possuem sede física, estrutura burocrática e equipe multiprofissional.

Bastos e Alberti (2021) e ainda Petuco (2017) ressaltam que, a despeito de muitas CTs manterem práticas violentas e violentadoras, sem qualquer respeito a norma ou princípio ético, há também aquelas que são filiadas a alguma federação e que, dentro de sua modalidade de tratamento, apresentam um trabalho realizado com seriedade. No primeiro caso é indiscutível que a conduta correta é a denúncia e a punição dos responsáveis. Já no segundo caso talvez seja possível alguma forma de debate e articulação.

Parte da crítica às CTs é encampada também pelos defensores do modelo na tentativa de salvá-lo. Perrone (2014, p.578), por exemplo, afirma que as instituições que mantêm práticas de violações de direitos, “supostas CTs”, não são fiscalizadas. Em outros textos (Lemos, Gentile e Serrano, 2017; Souza, 2017; Serrano, Souza e Lemos, 2017) o argumento é o mesmo: locais que cometem uma série de violações de direitos são clínicas de internações involuntárias clandestinas que não se enquadram nos critérios mínimos para serem CTs. Essa informação é corroborada pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), que defende a importância da regulamentação como ferramenta para fiscalização e afirma que as *verdadeiras* CTs são regulamentadas e regularmente fiscalizadas pelos órgãos competentes (FREBRACT, 2018).

Em seu pronunciamento, o órgão condenou alguns dos relatórios de inspeção das CTs, afirmando que eles não retratavam instituições vinculadas à SENAD ou à FEBRACT. Segundo Lemos, Gentile e Serrano (2017), das 68 CT inspecionadas pelo CFP em 2011, apenas quatro contavam em registros de instituições fiscalizadoras. Apontam ainda que, das 1600 CTs contabilizadas pela SENAD, a maioria não está registrada em instituições fiscalizadoras ou na FEBRACT. Para os autores, as instituições que foram inspecionadas e que apresentam práticas desumanas e violações de direitos e se denominam CTs, na verdade divergem das bases conceituais e metodológicas das verdadeiras CTs. Embora julguem inadequado apenas defendê-las ou acusá-las de forma radical, que seria grave

negar a existência dessas instituições. A FEBRACT segue movimento semelhante, considerando que as violações de direitos identificadas são desumanas e irresponsáveis, e devem ser combatidas. Ao mesmo tempo, defendem o que seria o verdadeiro modelo de CT:

[...] um serviço residencial transitório, de atendimento a dependentes químicos, de caráter exclusivamente voluntário, que oferece um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, cujo objetivo – muito mais ambicioso do que apenas a manutenção da abstinência – é a melhora geral na qualidade de vida, assim como a reinserção social do indivíduo (FEBRACT, 2018, p. 5).

Assim, na concepção de autores que defendem a modalidade de tratamento das CTs (Costa, 2009; Damas, 2013; Perrone, 2014), as políticas públicas devem ser imparciais e, portanto, oferecer diversidade de alternativas de acordo com as diferentes perspectivas para que o usuário possa optar pelo tratamento que mais se adequa ao seu perfil. Para Serrano, Souza e Lemos (2017, p. 74), as CTs atendem a problemas muito específicos relacionados com uso prejudicial de álcool e outras drogas que não “cabem em outros tipos de serviços”, sendo de interesse das áreas de segurança pública, saúde, serviço social, educação, justiça e cidadania. Nesse sentido, os autores veem como preconceito o pensamento de que as CTs são os novos manicômios e esperam que o governo possa distinguir as CTs qualificadas das que não o são. Damas (2013) avalia que negar a existência das CTs é mais grave que defendê-las radicalmente, pois têm grande alcance na sociedade. Acredita ainda que elas possibilitam a reaquisição do papel civil dos sujeitos, no que concerne à possibilidade de reaver documentos e acessar outros serviços.

A seguir serão expostos alguns dos argumentos utilizados pelos defensores do modelo CT para sustentar sua pertinência face às evidências de que essas instituições promovem violência e exclusão. Perrone (2014) e Damas (2013), por exemplo, sustentam que o isolamento social é necessário à criação de uma rotina institucional e ao afastamento dos acolhidos de pessoas e hábitos associados ao uso de drogas. Creem que é uma premissa da CT demarcar o limite entre o que é interno e o que é externo à instituição. Serrano, Souza e Lemos (2017) explicam que, nas CTs, as pessoas que se submetem ao tratamento são recebidas por adesão voluntária e são nomeadas como moradores, acolhidos ou alunos, ressaltando que não são denominados pacientes para enfatizar que estes podem ser educados, e não curados. Entendem que os moradores devem ser responsabilizados e envolvidos no contexto de mudanças de hábitos de vida com objetivo de se absterem das drogas, daí não ser possível anuir com esse tipo de substância, violência ou relações

sexuais no ambiente de recuperação. Os autores, todavia, não mencionam a violência dos moradores entre si, dos técnicos para com moradores e vice-versa, além daquela advinda do modelo assistencial.

Retomando o argumento de Serrano, Souza e Lemos (2017), a recuperação tem por finalidade abstinência e mudança de identidade e de estilo de vida, crescimento pessoal e reorganização do sujeito para reinserção social. Para Damas (2013), as CTs devem proporcionar que o indivíduo alcance atitudes mais maduras, mude de atitude com relação a circunstâncias externas, entenda seu papel social e se integre socialmente. Essas quatro dimensões marcariam a ressocialização do acolhido, objetivo final das CTs. Para alcançar tais objetivos, os autores do campo entendem que há necessidade de um código moral explicitamente estabelecido, assim como disciplina rígida, compreendida como base da CT, capaz de reorganizar hábitos e comportamentos.

Serrano, Souza e Lemos (2017, p. 72) observam que a estrutura hierárquica é fundamental para esse modelo e advogam que, para promover saúde, são necessárias “relações de autoridade horizontais e o exercício do poder compartilhado, e que as decisões sejam tomadas por consenso”. Perrone (2014) comprehende que as CTs para usuários de álcool e outras drogas oferecem um tratamento inovador e são um desdobramento da CT de Maxwell Jones, principalmente por seu caráter democrático, ainda que exista uma autoridade máxima na instituição. O autor compara a atuação da CT com as da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Conclui que, na realidade brasileira, grande parte das CTs possuem práticas desumanas e iatrogênicas, porém defende que o modelo em si guarda poucas diferenças com relação àquele proposto pela Reforma Psiquiátrica. Do mesmo modo, Serrano, Souza e Lemos (2017) acreditam que a CT atual foi fortemente influenciada por quatro correntes históricas, a saber: a) o tratamento moral, que seria o tratamento não físico, que se dá por atividades laborativas e a convivência; b) o movimento Oxford e os 12 Passos, ressaltando-se a vida comunitária e abstinência; c) a CT de Maxwell Jones, que visa o processo de aprendizado social e a reinserção do sujeito na sociedade; e d) Reforma Psiquiátrica Democrática (Itália)<sup>54</sup>, pela crítica aos macroasilos.

Serrano, Souza e Lemos (2017, p. 74) argumentam que é preconceituosa a fala de que “tudo que muitas CTs fazem é trocar a droga pela religião”. Dizem que, se fosse assim, estariam praticando a redução de danos, substituindo os prejuízos do uso de drogas por

---

<sup>54</sup> Os autores comprehendem a crítica às CT pelo movimento da Reforma Italiana, porém acreditam que no caso de pessoas em uso de drogas a CT é uma alternativa possível na atuação da prevenção e modificação de estilos de vida.

doses adequadas de espiritualidade. Comentam ainda que a questão não é discutir a religião nas CTs, e sim evitar que abusos aconteçam ou que a religião seja entendida como única forma de suporte aos acolhidos, por meio da regulação do Estado. Nesse sentido, reconhecem que há instituições deste tipo que se excedem nas práticas religiosas e mortificadoras, podendo gerar críticas acadêmicas e ações judiciais. Admitem que há de fato aquelas que estão em péssimas condições e entendem que as violações de direitos são propiciadas pela falta de fiscalização. Por essas questões, as CTs tornaram-se alvo de desconfiança e descrédito por alguns setores sociais, e o monitoramento e fiscalização realizado nos diferentes âmbitos do governo pode sanar deficiências e promover esclarecimentos.

Para os autores, o marco regulatório das CTs e o registro destas no CNES pelo Ministério da Saúde, como unidades de prevenção ou de atenção em regime residencial, podem colaborar com a RAPS. Eles defendem que boa parte das CTs mantêm estruturas aceitáveis e entendem que a promoção de profissionalização e o combate à cultura do improviso, assim como critérios de regulação, poderão tornar as CTs espaços a serem ofertados à população sem o risco de se tornarem manicômios. Defendem que deve existir um padrão de qualidade que observe o cumprimento de normas básicas e sanitárias, a ambiência, o cuidado de si, a convivência e a vida cotidiana, a capacidade de definir projetos singulares, os vínculos e relações externas e a reinserção social.

A despeito de toda a argumentação exposta aqui, compreendemos que mesmo que as CTs façam a adequação indicada, elas seguirão numa direção oposta à da política de saúde mental estabelecida a partir dos princípios do SUS, da RP e da RD. Bastos e Alberti (2021) destacam que as CTs mantêm a concepção de usuário de drogas como doente, sustentando o modelo de tratamento baseado na abstinência como condição e objetivo do tratamento e no isolamento social, além de acrescentar a moral religiosa. Ao se assentarem no paradigma proibicionista, estigmatizam o usuário (Bastos; Albert, 2021; IPEA, 2018).

A inserção das CTs na RAPS, assim como seu financiamento, não observa os critérios éticos e técnicos a partir do conceito de saúde ampliada e nem do atendimento baseado na RD de caráter territorial (IPEA, 2017; Teixeira *et al*, 2017). Há o questionamento do papel das CTs enquanto instituições contraditórias ao modelo psicossocial, porém o que as institui e as alimenta são as práticas previstas na própria legislação e favorecidas pela opinião pública (Bicalho, 2013). Além disso, o principal instrumento terapêutico usado pelas CTs, a convivência entre pares, é, de acordo com

Loeck (2021), uma categoria ampla e vaga, sem qualquer delimitação ou especificação de sua prática. O autor questiona se esse método é o meio para alcançar o objetivo dessas instituições, que é a transformação moral-subjetiva dos indivíduos. Santos (2018) explica que, ao perceberem o usuário de drogas como doente e imoral, as CTs esperam produzir um novo indivíduo por meio do isolamento social e vigilância constante, com vistas a mudanças de hábito a partir de rigorosas regras de conduta. O modelo de CT espera obter um sujeito moralmente modificado e abstinente por meio de um mesmo conjunto de ações e métodos para todas as pessoas, independente da relação que o sujeito tenha com a droga. Esse modelo acaba por construir uma identidade culpada e inferior, substituindo a dependência por um sujeito culpado e inferiorizado (CFP, 2011; Santos, 2018). Ao contrário desta visão, a política de RD tem por objetivo promover autonomia e cidadania. Permite que o próprio saber do sujeito sobre o uso que faz da droga seja empregado em seu tratamento. Permite ainda que, mesmo as pessoas que necessitam algum tipo de cuidado mas não o solicitam, possam dele se beneficiar pois é uma proposta que não exige muito do sujeito (NICODEMOS, 2020).

Outra crítica ao modelo das CTs é em relação à laborterapia que, de acordo com Prudencio e Silveira (2023), têm três funções: a manutenção da CT, o trabalho não remunerado e o método disciplinar. Trata-se de trabalho que acontece de maneira forçada, não remunerado e sem nenhum sentido ou perspectiva, tendo unicamente caráter moral ou punitivo. Também aparece em muitas instituições como modo de dispensar mão-de-obra remunerada (CFP, 2011). Além disso, recebe o mesmo nome dado à prática utilizada nos manicômios.

Para Fossi e Guareschi (2015), as CTs são reedições dos antigos hospícios, dessa vez existindo como justificativa de tratar a dependência química. De acordo com as autoras, essa forma de tratamento ainda encontra possibilidade de existência por estar arraigada em saberes como a medicina, a psicologia e o direito. As autoras enfatizam que

A justiça, a psiquiatria e a moral cristã compõem uma rede de instituições que tem como objetivo comum e único a abstinência, ou seja, a conformação de sujeitos que não tenham problemas com o uso de drogas. Sujeitos esses que possam estar inseridos social e economicamente [...] (Fossi; Guareschi, 2015, p.103)

Bastos e Alberti (2021) seguem o mesmo raciocínio e asseveram que o discurso das CTs é legitimado por pesquisadores, articulados aos campos da psicologia, psiquiatria e ciências sociais, muitas vezes trabalhadores das CTs que se formam em programas de pós-

graduação para produzir um discurso articulado ao da academia, com o fito de defender as CTs e militar politicamente pelo seu financiamento governamental. Ainda que haja esse movimento, Damas (2013), defensor das CTs como instituições necessárias no campo da atenção a pessoas em uso prejudicial de drogas, afirma que são escassos os estudos sobre as CTs, que não há evidências sobre a eficácia do modelo e menos ainda sobre sua superioridade sobre outros modelos. Aponta também que muitos estudos apresentam inúmeras falhas metodológicas, revelando o viés de interesse retratado por Bastos e Alberti (2021). O mesmo indica o CONECTAS/CEBRAP (2022) ao evidenciar que são escassos os estudos que falam da eficiência do modelo de CT no Brasil. Pires (2018) amplia a análise e diz que são exíguos os métodos e recursos terapêuticos reconhecidos como efetivos no que diz respeito ao tratamento do uso prejudicial de álcool e outras drogas de modo geral. Essa escassez leva a incertezas com relação às propostas de cuidado oferecidas a esse público, abrindo espaço para as CTs.

Diante dos fatos expostos, chama atenção a posição do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que ampararam tecnicamente a política de abstinência e de internação adotada pelo Governo Federal a partir de 2017. O solo para esse apoio adveio do entendimento de que a “dependência química” é uma enfermidade grave e crônica, e que é a abstinência o único meio pelo qual o dependente pode retomar um nível satisfatório de saúde física e mental (ABP, 2014, p. 21). A rivalidade em relação à agenda da RP e às políticas de atenção psicossocial e RD, aliada à defesa da abstinência, também participaram decisivamente na advocacia das CTs, mesmo sem provas científicas de seus benefícios.

Diversos autores abordam outro aspecto para falar da inserção das CTs na RAPS, argumentando que estas surgiram pela inexistência de políticas públicas de saúde para dar conta do atendimento a pessoas em uso prejudicial de drogas. Essas instituições teriam preenchido por muito tempo a lacuna que o Estado deixou em relação a essas políticas e se multiplicaram à medida que o uso de álcool e outras drogas aumentou. Expandiram-se à margem das políticas públicas sem nenhum tipo de regulamentação, revelando em muitos casos um funcionamento precário. Passaram a ser reconhecidas e financiadas pelo Estado e com isso começaram a disputar espaço e financiamento com os serviços da rede pública de saúde (Bastos; Alberti, 2021; Brasil, 2003; CFP, 2018a; Gentile; Serrano, 2017; Lemos; Machado, 2006; Pires, 2018; Teixeira *et al*, 2017). É curiosa a justificativa sobre a expansão das CTs em decorrência da inexistência de políticas públicas para pessoas em

uso prejudicial de drogas, como se o Estado não dispusesse de políticas no campo de atenção ao uso de drogas, pois essas instituições continuaram a ser reconhecidas e expandidas no campo das políticas públicas, mesmo após o estabelecimento de uma política pública de atenção integral a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, baseada nos princípios das RP e na RD, proposta pelo Ministério da Saúde e reconhecida por outros Ministérios, inclusive pela SENAD, órgão que continuava a ser o principal operador da política de drogas. Nesse sentido, Guljor e Pinho (2023) defendem a desconstrução da polêmica criada sobre uma suposta necessidade de atenção intensiva a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, demonstrando que caso esta ação seja necessária, a RAPS conta com Unidades de Acolhimento (UAs) e leitos de referência em hospitais gerais e em Centros de Atendimento Psicossocial para pessoas em uso prejudicial de Álcool e outras Drogas III (Caps Ad III).

É fato que hoje a insuficiência de serviços públicos de cuidado a usuários de drogas ainda é apontada como principal justificativa para a manutenção dessas instituições como espaço de tratamento e modelo mais acessível à população (IPEA, 2017; Lemos; Gentile; Serrano, 2017; Machado; Miranda, 2007; Souza, 2017). Segundo Batista (2020), as CTs ganham força e representação perante a sociedade onde os serviços de saúde pública falham. Essa ideia é corroborada por Santos (2018), que observa que a disponibilidade do serviço é uma das condições para a escolha das pessoas em relação ao modelo de atendimento. Para Lemos, Gentile e Serrano (2017), a alta procura por CTs pode ser dar pela insuficiência de leitos de saúde mental em hospitais gerais, além de abranger áreas não cobertas por Centros de Atendimento Psicossocial (Caps).

Com intuito de desconstruir essa narrativa, Guljor e Pinho (2023) citam os pontos de atenção da RAPS que são utilizados de forma complementar aos serviços de cuidado de base territorial, tais como: leitos em Caps Ad III e leitos de referência em hospitais gerais (voltados a situações de atenção à crise) e as UAs (acolhimento em caráter domiciliar). Contudo, os critérios para implantação desses serviços colocam questões para a cobertura da população que necessita de cuidados na área de álcool e outras drogas pois, segundo a CNM (2014), 97 % dos municípios não teriam condições de implantar UAs por não terem o porte populacional mínimo para receber os recursos para sua implantação. O mesmo ocorreu em relação ao Caps III. De acordo com Costa *et al* (2011), esta categoria não teve a mesma adesão pelos municípios na mesma escala que os outros Caps tiveram. No

período em que essa pesquisa foi realizada<sup>55</sup>, 119 municípios foram considerados de grande porte, ou seja, aptos a implantar Caps III, porém apenas 17% destes aderiram a essa modalidade de Caps. Embora esses municípios contassem com outras modalidades de Caps, em 30% deles a cobertura deste serviço foi julgada insuficiente. Os autores salientam que a falha governamental na implantação e ampliação de serviços tais como Caps III, leitos de saúde mental e as UAs afetam diretamente as políticas de substituição do modelo baseado na internação.

Chama ainda atenção que as CTs e as UAS sejam concebidas como componente de atenção residencial de caráter transitório. De acordo com Teixeira *et al* (2017), a portaria nº 131 de 2012 tenta regulamentar as CTs no modelo das UAs, instituída no dia anterior pela portaria nº 121. Para a criação das UAs, o ministro da saúde considerou “a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção de saúde, tratamento e redução de riscos e danos associado ao consumo de substâncias psicoativas”. Já com relação à instituição do incentivo financeiro aos componentes de atenção residencial de caráter transitório, inclusive CTs, ele considerou “a gravidade epidemiológica e social dos agravos à saúde relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas”. Dois meses antes da publicação da portaria que instituiu a RAPS (e as CTs como parte dela) foi emitida a Resolução nº 448 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que orientava que “a inserção de toda e qualquer entidade na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) seja orientada pela adesão aos princípios de reforma antimanicomial, em especial, no que se refere ao não isolamento de indivíduos e grupo populacionais” (Brasil, 2011e, p.1).

De acordo com Bastos e Alberti (2021), a legislação que regulamentou a RP e a atenção a usuários de álcool e drogas data do início dos anos 2000, não obstante quase 20 anos depois, ainda não é possível atender à demanda da população dado o número insuficiente de Caps Ad. Uma das razões para a insuficiência dos serviços de saúde mental foi o redirecionamento do financiamento neste campo, conforme afirma Delgado (2019), para quem o cenário da política de saúde mental no país nos últimos anos passou a se configurar pelo destino de recursos públicos a instituições privadas de caráter asilar, por meio de uma política que fragilizou os serviços públicos e comunitários de saúde mental ao mesmo tempo que expandiu os leitos em instituições privadas. Bastos e Alberti (2021) afirmam que até o último ano não se observava nenhum tipo de mobilização do Estado

---

<sup>55</sup> Costa et al (2011) consideraram a RP estável naquele momento.

para implantação de novos serviços, o que faz com que a rede pública seja interpretada como falha e ineficaz, e os investimentos sejam cada vez mais direcionados às CTs, num movimento de retroalimentação. Com isso, há o incremento da moral religiosa em detrimento do paradigma psicosocial, o que coloca em cena uma pergunta sobre a dimensão ética do cuidado, se ele deve se dar pela via do acolhimento ou da segregação.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Eu vejo o futuro repetir o passado, eu vejo um museu de grandes novidades, o tempo não para...*

(Cazuza, 1989)

Ao analisarmos a instauração e expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs) nas Políticas Públicas de Drogas, observamos que essas instituições foram reconhecidas pelo Estado como serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas em 2001 por meio da Resolução nº 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Desde então foram ganhando espaço, sendo consideradas *rede de suporte social* aos serviços disponíveis no SUS em 2004, aptas a receber financiamento público em 2006. De 2009 para cá também os instrumentos legislativos favoreceram o incremento das CTs. Em 2011, de forma contraditória, as CTs foram reconhecidas pelo Ministério da Saúde como ponto de atenção de caráter residencial transitório da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ainda que não compartilhassem da lógica assistencial que a embasa. A partir de 2016 essas instituições se tornaram protagonistas no campo das políticas de álcool e outras drogas. Nesse contexto, expandiram-se, obtendo expressivo investimento financeiro em detrimento dos serviços de atenção psicossocial, além de serem exaltadas pelo Governo Federal como modelo de atendimento a usuários de álcool e outras drogas.

De 2001 a 2023 foram editados pelo menos 40 documentos entre Leis e medidas infralegais que de algum modo beneficiam as CTs ou contribuem para seu fortalecimento. Desses, 19 (47%) foram lançados entre 2016 e 2021, período em que houve uma série de retrocessos nas políticas públicas brasileiras, inclusive no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Da legislação desse período quase metades foi lançada em 2019. O espaço dado a essas instituições nos últimos anos se deve em grande parte à sua atuação estar em consonância com os objetivos do Governo, que são baseados num paradigma privativista, proibicionista, fundamentados na abstinência e na concepção moralista cristã.

As CTs passaram a ser reconhecidas e financiadas mesmo após o estabelecimento de uma política pública de atenção integral a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Atualmente a insuficiência de serviços públicos de cuidado a usuários de drogas ainda é apontada como principal justificativa para a manutenção dessas instituições como

espaço de tratamento e modelo mais acessível à população. Uma das razões alegadas pelos partidários da reforma para essa insuficiência foi o redirecionamento do financiamento neste campo. Esse argumento, contudo, encontra limites. Ele serve para explicar o que se deu a partir de 2016 no Ministério da Saúde, mas não o período anterior, com a inserção das CTs na RAPS. Entre 2001 e 2015, período de avanço inédito na política e na rede de saúde mental, o Governo federal foi incapaz de induzir a criação – na medida necessária – de serviços efetivamente substitutivos dos hospícios, como Caps III, UAs e leitos de Saúde Mental em hospitais gerais. A articulação com a atenção básica também não logrou o resultado esperado no que concernia ao cuidado com os casos leves e moderados e à corresponsabilização pelos casos graves, uma vez que há uma série de impasses na implementação do atendimento em Saúde Mental junto aos programas de saúde família.

Embora esses limites contribuam para a manutenção das CTs nas políticas públicas, não explicam a expansão desses serviços. De outro modo, foi observado que as CTs se expandem à medida que seu capital político aumenta, tal qual ocorreu nos últimos anos, em que a configuração política era favorável a esse modelo. A relação que os representantes dessas instituições mantêm com parlamentares em diferentes setores do Governo federal aumenta sua inserção em espaços de decisão. A representação alcançada pelas CTs junto ao executivo resulta de sua organização por meio de federações, confederações e da Frente Parlamentar em Defesa das CTs. Outro mote impulsionador do modelo de CT é a rivalidade entre a agenda da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e da Reforma Psiquiátrica (RP). Enquanto esta última propõe políticas de atenção psicossocial e Redução de Danos (RD), a ABP é aliada à defesa da abstinência e do modelo de internação, participando desse processo decisivamente na advocacia das CTs, mesmo sem provas científicas de seus benefícios.

Conforme apontado nesta pesquisa, os recursos federais destinados a essas instituições não obedecem a critérios comuns a outras políticas públicas ou parcerias com o governo, como por exemplo: comprovação de sua efetividade, implantação de serviços de acordo com a necessidade da população, transparência nos processos de financiamento, fiscalização. A legislação que permite as diversas formas de subvenção às CTs, seja o efetivo repasse financeiro ou mesmo isenções tributárias, é construída por meio das relações estabelecidas entre tais instituições, os diferentes setores ligados ao governo e os espaços de decisão. Essa questão pode ser evidenciada a partir do exame da legislação, em

que se observa a definição de algumas normas em benefício das CTs, demonstrando a submissão da regulamentação aos interesses de um grupo particular.

Em relação à sustentação desses locais quanto espaços de tratamento, trata-se de um total retorno a práticas manicomiais e higienistas. A inserção das CTs na RAPS, assim como seu financiamento, não observa os critérios éticos e técnicos a partir do conceito de saúde ampliada e nem do atendimento baseado na RD de caráter territorial. Além disso, são frequentes as denúncias de violações de direitos nesses locais, como exposto no Relatório de Inspeção das CTs de 2018. Quanto à fiscalização, a legislação pertinente às CTs estabelece critérios pouco claros para sua realização, sem definição sobre a operacionalização das inspeções nessas unidades e critérios a serem seguidos. Além disso, os órgãos responsáveis por essa fiscalização apresentam baixa capacidade operacional e fragilidades nos processos de vistorias.

Os excessos relatados, as exigências de abstinência, isolamento social, de laborterapia e a obrigatoriedade em seguir determinada religião estão em conflito com determinações da Anvisa e ainda, com as garantias fundamentais fornecidas pela Constituição Federal e as premissas de direitos humanos, direito à cidadania e da laicidade do Estado. Para os autores que defendem o modelo de CT, muitas instituições mantêm estruturas aceitáveis e entendem que a promoção de profissionalização e o combate à cultura do improviso, assim como critérios de regulação, poderão tornar as CTs espaços a serem ofertados à população sem o risco de se tornarem manicomios.

Não obstante, compreendemos que mesmo que as CTs façam a adequação indicada, elas seguirão numa direção oposta à da política de saúde mental forjada nos princípios do SUS, da RP e da RD, pois se assentam num paradigma proibicionista, além de excludente e moralista. Mantêm a concepção de usuário de drogas como doente, sustentando um modelo baseado na abstinência como condição, método e objetivo do tratamento. Reafirmam o viés do atendimento pela via da segregação em detrimento do atendimento comunitário, territorial. Desta feita, é preocupante demais o fortalecimento do modelo centrado na internação e a expansão das CTs, pois ele facilmente opera como uma prática higienista, fartamente adotada no país diante das mazelas advindas da desigualdade e miséria social a que é exposta parcela importante da população. Não à toa a Justiça e a Assistência Social foram as vias pelas quais as CTs galgaram um lugar de destaque na política pública.

Esta dissertação demonstrou que as CTs construíram sua posição ao se organizarem como um grupo de interesse que fez penetrar sua agenda no Estado via estabelecimento de

alianças com executivo e o legislativo federal. O apoio de instituições como a ABP também foi importante nos últimos anos, especialmente pela sustentação dada à política de saúde mental, álcool e outras drogas dos governos Temer e Bolsonaro. Resta saber como o governo atual lidará com as forças contraditórias que nele encontram lugar e expressão, notadamente o Departamento de Saúde Mental e Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas.

O período de 2016 a 2022 foi marcado pela política de guerra às drogas, tendo como protagonistas as CTs, que condensam os discursos moralizante, religioso, medicalizante e representam interesses antagônicos aos da Reforma Psiquiátrica. Até o momento, inúmeros trabalhos e ações foram realizadas no intuito de demonstrar a ineeficácia e contradição desse modelo enquanto política pública. No entanto não foi alcançado ainda um caminho para conter seu avanço e excluí-lo dos programas de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Cabe indagar sobre a capacidade de a sociedade civil ligada à RP reorganizar-se como ator social relevante e capaz de imprimir sua agenda. Processos a serem acompanhados a seguir.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

A COMISSÃO global de política sobre drogas. **Os cinco caminhos para para políticas de drogas que funcionam.** Instituto Igarapé. c2022. Disponível em: <https://igarape.org.br/temas/seguranca-publica/comissao-global-de-politicas-sobre-drogas/#:~:text=As%20origens%20da%20Comiss%C3%A3o%20Global&text=A%20Comiss%C3%A3o%20Latino%2DAmericana%20foi,ex%2Dpol%C3%ADticos%20e%20intelectuais%20reconhecidos>. Acesso em: 13 set 2022

ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil,** 2014. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf)>. Acesso em: 9 jun. 2022.

ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Ofício 068/17/ABP/SEC.** Nota Técnica sobre a calamidade na assistência pública em saúde mental no Brasil. Brasília, 25 de abril de 2017 Disponível: <https://docplayer.com.br/47912789-Of-068-17-abp-sec-brasilia-25-de-abril-de-2017.html> Acesso em: 9 jun 2022

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Nota Abrasco contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental.** ABRASCO. Institucional, Posicionamentos Oficiais da ABRASCO. Rio de Janeiro/RJ, 11 jan 2017 Disponível em: <https://abrasco.org.br/retrocessos-saude-mental-governo-temer/> Acesso em: 02 ago 2023

ALARCON, Sérgio. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (Orgs). **Álcool e outras drogas:** diálogos sobre um mal-estar contemporâneo [online]. Editora FIOCRUZ, P 45-62. Rio de Janeiro, 2012.

ALARCON, Sergio; BELMONTE, Pilar Rodriguez.; JORGE, Marco Aurélio Soares. O Campo de Atenção ao Dependente Químico. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Orgs). **Álcool e outras drogas:** diálogos sobre um mal-estar contemporâneo [online]. Editora FIOCRUZ, P 63-81. Rio de Janeiro, 2012.

ALMEIDA, C M. Título 89 do V Livro das Ordenações: Que ninguém tenha em sua casa rosalar, nem o venda, nem outro material venenoso. In: **Ordenações Filipinas do Reino de Portugal.** Typografia do instituto Philomathico, 14ed. Rio de Janeiro, 1870. P. 1240 Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/242733> Acesso em: 05 jun 2022

ALVES, Domingos Sávio do Nascimento. O “Ex” – tentando ver o futuro. In: **Cadernos IPUB, Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construção do cotidiano.** Instituto de Pesquisa UFRJ, n°14, p. 21-30, 1999

ALVES, Domingos Sávio do Nascimento *et al.* Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In.: AMARANTE, P (org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Ed. Fiocruz, p.195-201. 1994

ALVES, Ygor Diego Delgado; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. A controvérsia em torno da internação involuntária de usuários de crack. **Revista Sociedade e Estado**. Vol. 34, N. 2. P. 513-539. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/NLq9bYZTNgxcqwv3F4CdKbc/> Acesso em: 18 dez 2022

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Panorama ENSP; 132p. Rio de Janeiro, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Editora Fiocruz. 123p. Rio de Janeiro, 2007.

AMARANTE, P. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista mente e cérebro**, São Paulo: Editora Segmento, p. 30-35, set., 2006 Disponível em: <https://www.recantodasletras.com.br/e-livros-de-generos-diversos/542889> Acesso em: 05 jun 2022

AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental**: textos selecionados. 1 ed. Editora Zagodoni. 160p. São Paulo, 2015.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde**. V.1(1). p61-77. Manguinhos/Rio de Janeiro, 1994.

ANÚNCIO do lança-perfume Vlan (1929). **Estadão**. Acervo Estadão. 21 fev 2017. Disponível em: <https://fotos.estadao.com.br/fotos/acervo/anuncio-do-lanca-perfume-vlan-1929,704665> Acesso em: 05 set 2022

APA - Associação Americana de Psiquiatria. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM V Revisão de Texto. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana, 2022.

BADAGNAN, Heloísa França; BRITO, Emanuele Seicenti; VENTURA, Carla Aparecida Arena.\_Reflexões Acerca das Comunidades Terapêuticas na Rede Comunitária de Saúde Mental do Brasil. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, 3(2). P. 29-39. 2013 Disponível em: [https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/IPEBJ\\_f2cec610a74a1cb5142f39679c5aab\\_d7](https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/IPEBJ_f2cec610a74a1cb5142f39679c5aab_d7) Acesso em: 3 mai 2021

BALTIERRI, Danilo Antonio *et al.* Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr** 26(4). P.259-69.2004 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WgydX8WD8rnKSdNK4HctPfn/> Acesso em 21 nov 2022

BARRETO, Ivan Farias. O uso da folha de coca em comunidades tradicionais: perspectivas em saúde, sociedade e cultura. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**,

Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. p.627-641. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/jRWvGPfgYGPSyFTVnszJZGK/?lang=pt#:~:text=No%20momento%20em%20que%20as,entre%20cultura%20e%20sa%C3%A3de%20mental>. Acesso em: 12 ago 2022

BARROSO, Priscila Farfan. **Comunidades terapêuticas como política de estado:** uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul. Tese (Pós-graduação em Antropologia Social) - o Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, 2020.

BASAGLIA, Franco et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In.: AMARANTE, P (org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Ed. Fiocruz, p.11-40. 1994

BASTOS, Adriana Dias de Assumpção; ALBERTI, Sonia. Do Paradigma social à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva.** p. 285-295. 2021 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LynyH7jjsCCXDrqtzMjyLpG/> Acesso em: 10 jan 2022

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (ORG). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al* (org). **III Levantamento Nacional Sobre o uso de Drogas pela população.** ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde; FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz; . Brasil. 2017

BATISTA, Pedro Victor Modesto. Comunidade terapêutica na política pública de saúde mental: tensões e divergências. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10. 2020 Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/search/search?query=Pedro+Victor+Modesto+Batista&dateFromYear=&dateFromMonth=&dateFromDay=&dateToYear=&dateToMonth=&dateToDay=&authors=> Acesso em 20 mar 2021

BICALHO, P. P. G. Em nome da proteção do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? In.: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social.** P. 15-19. Brasília, 2013

BIDEN anuncia perdão a condenados por posse de maconha nos EUA. **BBC News Brasil.** 6 out 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-63167115> Acesso em: 10 out 2022

BITTENCOURT, Ligia Maria. **Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil.** 1986. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro. 1986

BOARINI, Maria Lúcia. A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 28-50, abr. 2009

BRAGON, Ranier. **Bancada evangélica põe na mira atos de Lula sobre igualdade de gênero e raça.** Raul Monteiro, **Política Livre**;11 abr 2023 Disponível em: <https://politicalivre.com.br/2023/04/bancada-evangelica-poe-na-mira-atos-de-lula-sobre-igualdade-de-genero-e-raca/#gsc.tab=0> Acesso 06 out 2023

BRITO, Ana Maria; CASTILHO Euclides Ayres de; SZWARCWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 34(2): 207-217, mar-abr, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBDyfvfz7cLQp7fsSBg/?lang=pt> Acesso em: 16 nov 2022

**BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.** Reorganiza a assistência a Alienados. 1903

**BRASIL. Decreto nº 2.861, de 8 de julho de 1914.** Aprova as medidas tendentes a impedir o abuso crescente do ópio, da morfina e seus derivados, bem como da cocaína, constantes das resoluções aprovadas pela Conferência Internacional de Ópio, realizada em I de dezembro de 1911 em Haia. 1914

**BRASIL. Decreto nº 4.294 de 6 de julho de 1921.** Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. 1921a

**BRASIL. Decreto nº 14.969 de 3 de setembro de 1921.** Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. 1921b

**BRASIL. Decreto nº 4.778, de 27 de dezembro de 1923.** Considera de utilidade pública a Liga Brasileira de Higiene Mental, com sede nesta Capital. 1923

**BRASIL. Decreto nº 20.930 de 11 de janeiro de 1932.** Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comité Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas. 1932

**BRASIL. Decreto nº 780 de 28 de abril de 1936.** Cria a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes. 1936

**BRASIL. Decreto-Lei nº 891 de 25 de novembro de 1938.** Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. 1938

**BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. 1940

**BRASIL. Decreto-Lei nº 3.688 de 3 de outubro de 1941.** Lei das Contravenções Penais. 1941

**BRASIL. Lei nº 4.483 de novembro de 1964.** Reorganiza o Departamento Federal de Segurança Pública, e dá outras providências. 1964

**BRASIL. Decreto-Lei nº 159 de 10 de fevereiro de 1967.** Dispõe sobre as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica, e dá outras providências. 1967

**BRASIL. Decreto-Lei nº 385 de 26 de dezembro de 1968.** Dá nova redação ao artigo 281 do Código Penal. 1968

**BRASIL Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971.** Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. 1971

**BRASIL. Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, 175

**BRASIL Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. 1976

**BRASIL. Decreto nº 85.110 de 2 de setembro de 1980.** Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. 1980

**BRASIL. Lei nº 7.560 de 19 de dezembro de 1986.** Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas, e dá outras providências. 1986

**BRASIL. Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. 1988

**BRASIL. Lei nº 8.072 de 25 de julho de 1990.** Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. 1990

**BRASIL. Decreto nº 154 de junho de 1991.** Promulga a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. 1991

**BRASIL. Lei nº 8.764 de 20 de dezembro de 1993.** Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e dá outras providências. 1993

**BRASIL. Decreto nº 2.632 de 19 de junho de 1998.** Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. 1998

**BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico — AIDS XIII (1): 15-56, SE 48/99 a 22/00, 2000.**

**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. 2001a

**BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). Resolução nº 101 de 30 de maio de 2001.** Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. 2001b

**BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece as modalidades do Centros de Atenção Psicossocial. 2002a

**BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.** Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. 2002b

**BRASIL. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.** Brasília/ Ministério da Saúde, 2002c, 213p.

**BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e drogas,** 2003.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 144p.

**BRASIL. Portaria nº 2.197 de outubro de 2004.** Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. 2004b

**BRASIL. Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005.** Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. 2005a

**BRASIL. Portaria nº 1.059 de 04 de julho de 2005.** Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPS ad - e dá outras providências. 2005b

**BRASIL. Gabinete Institucional da Presidência da República. CONAD - Conselho Nacional Antidrogas. Resolução nº 3 de 27 de outubro de 2005.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. 2005c

**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 2005d

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 2.** Ano 1, nº 2, jan-jul de 2006. 39p. Brasília, 2006a

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. 2006b

BRASIL. **Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006.** Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. 2006c

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Mapeamento das Instituições Governamentais e Não-Governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas no Brasil – 2006/2007,** Brasília: Universidade de Brasília (UnB), 300 p., 2007a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 4.** Ano 2, nº 4, ago de 2007. 24p. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 5.** Ano 3, nº 5, out de 2008. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 6.** Ano 4, nº 6, jun de 2009. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190 de junho de 2009.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. 2009b

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.** Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 210 p. Brasília, 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 7.** Ano 5, nº 7, jun de 2010. 25p. Brasília, 2010c.

BRASIL. Gabinete Institucional da Presidência da República; Ministério da Saúde. **Edital nº 001 de setembro de 2010.** Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a

projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas, conforme estabelecido no Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. 2010d

**BRASIL. Decreto nº 7.426 de 7 de janeiro de 2011.** Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. 2011a

**BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 8.** Ano 6, nº 8, jan de 2011. 24p. Brasília, 2011b.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução 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. 2011c

**BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 9.** Ano 6, nº 9, jul de 2011. 21p. Brasília, 2011d.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 448 de 6 de outubro de 2011.** 2011e

**BRASIL. Portaria nº 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). 2011f

**BRASIL. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. 2012a

**BRASIL. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. 2012b

**BRASIL. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013.** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013a

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica nº 055 de 16 de agosto de 2013.** Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins. 2013b

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Portaria nº 70 de 18 de outubro de 2013.** Institui as diretrizes para a celebração de termos de cooperação técnica entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas- SENAD e os Órgãos Gestores Estaduais, responsáveis pela coordenação das políticas sobre drogas, a fim de descentralizar o acompanhamento da execução, fiscalização e controle das vagas das entidades contratadas para prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. 2013c

BRASIL. Ministério da Justiça Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014.** Acrescenta modelo de relatório de fiscalização de comunidades terapêuticas como anexo à Portaria nº 70, de 18 de outubro de 2013.2014a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** 160 p. Brasília: 2014b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, 2015a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSus.** Vol 5. Saúde Mental. Brasília/DF, 2015b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12.** Ano 10, nº 12, out de 2015. Brasília, 2015c. 48p.

BRASIL. **Portaria nº 834, de 26 de abril de 2016.** Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades benfeitoras de assistência social na área de saúde, 2016a

BRASIL. **Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016.** Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. 2016b

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 2016c

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Moção de repúdio nº 009, 12 de maio de 2017.** Externa repúdio à Nota Técnica sobre a calamidade na assistência pública em saúde mental no Brasil. 2017a

**BRASIL. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2017b

**BRASIL. Portaria interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017.** Institui por meio dos os ministros de estado da justiça e segurança pública, da saúde, do desenvolvimento social e do trabalho o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade. 2017c

**BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017d

**BRASIL. Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017e

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018.** Recomendações ao Ministério da Saúde. 2018a

**BRASIL.** Ministério da Justiça. Conselho Nacional sobre Drogas. **Resolução nº 1 de 9 de março de 2018.** Aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD. 2018b

**BRASIL.** Ministério da Justiça. Secretaria Nacional sobre Drogas. **Edital de credenciamento nº 1 de 04 de abril de 2018.** Torna público a abertura do processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário. 2018c

**BRASIL. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018.** Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. 2018d

**BRASIL. Portaria nº 562 de 19 de março de 2019.** Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED. 2019a

**BRASIL. Portaria nº 563, de 19 de março de 2019.** Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania. 2019b

**BRASIL. Portaria nº 564, de 19 de março de 2019.** Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas. 2019c

**BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a política nacional sobre drogas. 2019d

**BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. 2019e

**BRASIL. Decreto nº 9.926 de 19 de julho de 2019.** Dispõe sobre o Conselho Nacional de Política sobre Drogas. 2019f

**BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 11 de 2019.** Esclarece as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019g

**BRASIL. Ministério da Cidadania.** Promoção e defesa dos direitos humanos, com foco no amparo à família. **Programa: 5032 - Rede de Suporte Social ao Dependente Químico: Cuidados, Prevenção e Reinserção Social.** DOU - Diário Oficial da União; SEÇÃO 1, Nº251, 30 dez 2019. 2019h

**BRASIL. Portaria nº 340 de 30 de março de 2020.** Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas. 2020a

**BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota técnica nº 02 de 25 de maio de 2020.** Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas conhecidas como Comunidades Terapêuticas Acolhedoras - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. 2020b

**BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria nº 382, de 22 de julho de 2020.** Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. 2020c

BRASIL. Ministério da Justiça. CONAD – Conselho Nacional de Política sobre Drogas.

**Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. 2020d

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 652, de 14 de dezembro de 2020.** Convoca a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, entre os dias 17 e 20 de maio de 2022. 2020e

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 582, de 8 de janeiro de 2021.** Estabelece normas e procedimentos administrativos para a comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório, prestados pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) contratadas no âmbito do Ministério da Cidadania (MC), por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). 2021a

BRASIL. **Portaria 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. 2021b

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 660, de 05 de agosto de 2021.** Dispõe sobre o Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM). 2021c

BRASIL. **Decreto nº 10.785, de 1º de setembro de 2021.** Altera o Decreto nº 9.662, de 1º de janeiro de 2019, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Justiça e Segurança Pública, e remaneja e transforma cargos em comissão, funções de confiança e funções comissionadas técnicas. 2021d

BRASIL. **Lei complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021.** Dispõe sobre a certificação das entidades benéficas e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis nºs 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis nºs 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências. 2021e

BRASIL. **Portaria nº 721, de 21 de dezembro de 2021.** Regulamenta a doação, com encargos, de imóveis recebidos do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, às Organizações da Sociedade Civil que atuam na redução da demanda de drogas. 2021f

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (raps) no sistema único de saúde (SUS).** Setembro, 2022. 2022a

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 678, de 30 de junho de 2022.** Estabelece o adiamento da Etapa Nacional da 5ª CNSM para o mês de

maio de 2023, uma vez que a ausência de garantia de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a realização da Etapa Nacional 5<sup>a</sup> CNSM inviabiliza a sua realização na data anteriormente prevista. 2022b

**BRASIL. Decreto nº 11.391, de 20 de janeiro de 2023.** Altera o Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde. 2023a

**BRASIL. Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. 2023b

**BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 001, de 26 de janeiro de 2023.** Recomenda medida contrária à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, entre outras providências. 2023c

**BRASIL. Decreto nº 11.480, de 6 de abril de 2023.** Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. 2023d

**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 660, de 3 de julho de 2023.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 2023e

**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria gm/ms nº 681, de 3 de julho de 2023.** Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 2023f

**BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 717, de 04 de agosto de 2023.** Dispõe sobre alterações relativas à 5<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Mental - Domingos Sávio (5<sup>a</sup> CNSM). 2023g

**BRASIL. Portaria nº 660, de 3 de julho de 2023.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 2023h

**BRASIL. Portaria nº 681 de 3 de julho de 2023.** Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 2023i

**BRASIL. Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023.** Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e reabre redações. 2023j

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social. **Portaria nº 907, de 7 de agosto de 2023**. Aprova o Planejamento Estratégico Institucional do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para os anos 2023 - 2026. 2023k

BRASIL. **Portaria nº 926, de 20 de outubro de 2023**. Estabelece diretrizes em âmbito nacional para fiscalização e monitoramento dos serviços prestados por Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas. 2023l

BRASÍLIA. **Glossário de álcool e drogas** / Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. 132 p.

BRASIL, Emanuelle. Especialistas em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas. **Agência Câmara de Notícias**. 18 mai 2023

BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1992.

CARNEIRO, Henrique. A fabricação do vício. **Anais do XIII Encontro Regional de História-Anpuh-MG**, LPH-Revista de História, Departamento de História/ICHs/UFOP, Mariana-MG, nº 12, 2002, pp. 9-24 Disponível em: [https://cetadbserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/fabricacao-do-vicio](https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/fabricacao-do-vicio) Acesso em 04 jul 2022

CARNEIRO, Henrique. Bebidas alcoólicas e outras drogas da época moderna: economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. **Historiador Eletrônico**, 2003. Disponível em: <https://cetadbserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/bebidas-alcoolicas-e-outras-drogas-na-epoca-moderna-economia-e-embriaguez-do-seculo-xvi> Acesso em: 05 jul 2022

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R. P. e CARNEIRO, H. (orgs.) **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo, Alameda. Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005. pp. 11-27

CARVALHO, Salo. **A política criminal de drogas no brasil (do discurso oficial às razões da descriminalização)**. 1996. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Higiene e Eugenia: brevíssima genealogia da trama discursiva antialcoólica no Brasil. In: **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. [online]. Alarcon, S.; Jorge, M. A. S. (Orgs). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; p. 83-102. 2012.

CARVALHO, Jonatas Carlos. A América Latina e a criminalização das drogas entre 1960-1970: prenúncios de outra guerra por outra América. **Revista UNIFESO – Humanas e Sociais**. Teresópolis/RJ, Vol. 2, N. 2; p. 78-98. 2015.

CARVALHO, Rone. O que explica multiplicação de templos evangélicos no Brasil. **BBC News Brasil**. São José do Rio Preto/ SP, 12 jul 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/crgl7x0e0lmo> Acesso em: 2 out 2023

CEBRID - CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Sobre o CEBRID**. c2022 Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/sobre-o-cebrid/> Acesso em: 07 nov 2022

CENSO 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. **Agência IBGE Notícias**. 12 jun 2012 Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14244-asi-censo-2010-numero-de-catolicos-cai-e-aumenta-o-de-evangelicos-espiritas-e-sem-religiao#:~:text=Os%20evang%C3%A9licos%20foram%20o%20segmento,para%2042%2C3%20milh%C3%B5es>). Acesso em: 5 out 2023

CENSO das comunidades terapêuticas no brasil. Centro de Ecologia. Laboratório de Geoprocessamento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). c2023 Disponível em: <https://www.ufrgs.br/labgeo/index.php/projetos/projetos-concluidos/censo-das-comunidades-terapeuticas-no-brasil/> Acesso em 11 jan 2022

CETAD - O CENTRO DE ESTUDOS E TERAPIA DO ABUSO DE DROGAS. **Observatório baiano sobre substâncias psicoativas**. S.d. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/cetad/quem-somos> Acesso em: 07 nov 2022

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. 200p. Brasília, 2011.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. 172 p. Brasília DF: CFP, 2018a.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Retomada da Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos**. CFP Notícias. 03 ago 2018. 2018b Disponível em: <https://site.cfp.org.br/retomada-da-frente-nacional-drogas-e-direitos-humanos-em-andamento/#:~:text=A%20Frente%20Nacional%20Drogas%20e,Bras%C3%ADlia%2C%20em%20abril%20de%202018>. Acesso em: 27 abr 2023

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Contra os Retrocessos da Política Nacional de Saúde Mental**. Notícias, site CFP. 09 out 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/contra-os-retrocessos-da-politica-nacional-de-saude-mental/> Acesso em: 03 ago 2023

CIRIBELLI, Claudia. O uso de droga no DSM: uma revisão histórica. **Clínica & Cultura** v.I, n.I. P. 47-67. 2012. Disponível em: [https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/637-1561-1-SM\\_copia.pdf](https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/637-1561-1-SM_copia.pdf) Acesso em: 03 mai 2022

CLARCK, D H. The therapeutic community. **British Journal of psychiatry**, 131 (6), 553-564. 1977 Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-](https://www.cambridge.org/core/journals/the-british)

[journal-of-psychiatry/article/abs/therapeutic-community/2F84A6BA763B6404BB367125BB274BA2](https://journal-of-psychiatry/article/abs/therapeutic-community/2F84A6BA763B6404BB367125BB274BA2) Acesso em 22 fev 2023

CLEMENTE, Anselmo; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; ROMANHOLI, Andrea Campos. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Polis e Psique**, Vol. 3, n1, 2013. P. 80 – 99 Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/41111> Acesso em: 21 nov 2021

**COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGAS. Relatório da Comissão Global de política de drogas.** Junho, 2011 Disponível em: <https://cetadobbserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/relatorio-da-comissao-global-de-politicas-sobre-drogas> Acesso em: 13 set 2022

COMUNIDADE TERAPÊUTICA onde já foram constatadas irregularidades volta ao foco. **Câmara Municipal de Belo Horizonte**, Comunicação, Notícias, 03 out 2022. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/not%C3%ADcias/2022/10/comunidade-terap%C3%A9utica-onde-j%C3%A3-foram-constatadas-irregularidades-volta> Acesso em: 21 out de 2023

CONRAD, Peter. **Medicalization and Social Control**. In **Annual Review of Sociology**, n, 18, p. 209-32, 1992.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5 ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. 140p

COSTA, Nilson do Rosário *et al.* Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v16(12). P. 4603-4614, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g8TtGvZnqF6fpnzxcXNjjwt/> Acesso em: 03 out 2022

COSTA, Selma Frossard. As políticas e as comunidades terapêuticas nos Atendimentos à dependência química. **Serviço Social em Revista. Volume 11 - Número 2. Universidade Estadual de Londrina**, 2009. Disponível em: [https://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%CDCAS%20P%D\\_ABILICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf](https://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%CDCAS%20P%D_ABILICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf) Acesso em: 15 mar 2021

CNM – CONSELHO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Avaliação do Programa Crack, é Possível Vencer**. Brasil, 2014. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Programa%20Crack,%20%C3%A9%20Poss%C3%ADvel%20Vencer%2014.pdf> Acesso em: 29 mar 2023

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP - CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. 2022.

CRUZ, Marcelo Santos. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: ACSELRAD, G. org. **Avessos do prazer:** drogas, Aids e direitos humanos [online]. 2nd ed. rev. And enl. Editora FIOCRUZ p. 277-288. |Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bgqvf/pdf/acselrad-9788575415368-16.pdf> Acesso em: 14 mai 2022

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina.** V. 6, n. 1. p. 50-65. Florianópolis, 2013.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.** 5 ed. São Paulo: Loyola, 2014. 478p.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & saúde coletiva.** 16(1), p. 4701-4706. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xMHY84XFw9QTNhMhdc45HFt/> Acesso em: 22 mar 2023

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, educação e saúde.** v. 17, p. 7746, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRFgsDK7bkn/#> Acesso em: 14 jan 2022

DESIMSTITUTE. **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01.** Desinstitute, Renata Weber (org.); [s.n.], 84 p. Brasília, 2021.

DEVERA Disete, COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP,** 6(1), 2007

DIAS, Bruno C. Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental. **ABRASCO Notícias.** Opinião, Sistemas de Saúde. 15 fev 2019 Disponível em: <https://abrasco.org.br/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/> Acesso em: 27abri 2023

DIAS, Marcela Kimati *et al.* Política de drogas e financiamento público no brasil: ambiguidades e sobreposições. In.: SURJUS, L T L; DIAS, M K (org). **Políticas e práticas de promoção de equidade:** usos de drogas e enfrentamento de desigualdades. Editora CRV. p. 29 – 44. Curitiba, 2023.

DIAS, Paulo Eduardo. Psiquiatra que atua como palhaço na cracolândia em SP é detido em operação. **Folha UOL,** 1º set 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/autores/paulo-eduardo-dias.shtml> Acesso em: 24 mai 2023

DIAS, Tatiana. A história que a veja escondeu ao fritar Nísia Trindade. **Intercept Brasil, Vozes,** 1 jul. 2023 Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2023/07/01/nisia-trindade-o-que-veja-escondeu-ao-fritar-ministra-da-saude/> Acesso em: 05 jul 2023

DONEDA, Denise. Reflexão crítica sobre as políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas. In: **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Conselho Federal de Psicologia. P. 55-64. Brasília: CFP, 2010.

DOUDEMENT, Marcello; CONCEIÇÃO, Vínnie Nasser Mesquita da. Frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas. In: SANTOS, M. P. G. S. (Org) **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. p.167-186 Rio de Janeiro: IPEA, 2018

DROGAS: marco legal. **Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)**. c2022. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html> Acesso em: 18 jun 2022

DUARTE, Marco José de Oliveira *et al.* Poder punitivo, proibicionismo e comunidades terapêuticas: a política e o cuidado na saúde mental e drogas. In: GOMES, T M S et al (org). **Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas** [recurso eletrônico]. Niterói: MC&G, p. 73 – 96. 2023.

DUARTE, Paulina do Carmo. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. In: **Conselho Federal de Psicologia. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. 1º ed. P. 25-34. Brasília: CFP, 2010.

ESCOLA Livre se posiciona sobre a tentativa de criminalização da Casa da Redução de Danos em Olinda. Informes; **Escola Livre de Redução de Danos**. 24 fev 2023 Disponível em: <https://www.escolalivredereducaodedanos.org/blog/post/181774/escola-livre-se-posiciona-sobre-a-tentativa-de-criminaliza%C3%A7%C3%A3o-da-casa-da-redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos-em-olinda> Acesso em: 03 ago 2023

ESCOHOTADO, Antonio. **História elementar das drogas**. Editora: Antígona, 2004

FEBRACT – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Pronunciamento da FEBRACT sobre o relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. Campinas 8 out 2018. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2020/06/30/pronunciamento-da-febract-sobre-o-relatorio-dainspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/> Acesso em: 28 nov 2021

FENATIS – Federação Nacional de Terapeuta Integral Sistêmico. Schoolandcollegelistings (site); s.d. Disponível em: <https://www.schoolandcollegelistings.com/BR/Unknown/106168424880871/Fenatis---Federa%C3%A7%C3%A3o-Nacional-de-Terapeuta-Integral-Sist%C3%A3mico> Acesso em: 05 jul 2023

FERREIRA, Juliane da Silva. **Internação Involuntária de Dependentes de Drogas da Lei 13.840/19: a responsabilidade do Estado no provimento de saúde em contraponto à privação de outros direitos constitucionalmente previstos**. Trabalho

de conclusão de curso (Bacharelado em Direito) - Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – Uniceplac. Gamma – DF. 2020

**FIORE, Mauricio.** **Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de “drogas”.** XXVIII Reunião Anual da ANPOCS. Caxambu, 2004 Disponível em: [http://www.neip.info/downloads/t\\_mau1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_mau1.pdf) Acesso em: 05 mai 2022

**FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima.** O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 15, n1, p 94-15. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007) Acesso em: 20 mar 2022

**FOUCAULT, Michel.** **Microfísica do Poder.** Edição Graal, 13º ed. 295p. Rio de Janeiro, 1998.

**FRACASSO, Laura.** **Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações.** Aberta - portal de formação à distância, sujeito, contexto e drogas. S.d. Disponível em: [http://www.mpgm.mp.br/portal/arquivos/2018/08/09/15\\_25\\_10\\_992\\_Artigo\\_Comunidades\\_Terapeuticas\\_Historico\\_e\\_Regulamentos.pdf](http://www.mpgm.mp.br/portal/arquivos/2018/08/09/15_25_10_992_Artigo_Comunidades_Terapeuticas_Historico_e_Regulamentos.pdf) Acesso em 2 nov 2021

**FRANÇA, Thaisa Gabriela Cruz Freire.** **Instituição de um grupo de trabalho intersetorial em saúde mental no município de Itacuruba-pe, como estratégia de reabilitação psicosocial.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Serra Talhada-PE, 2017

**FRENTE Parlamentar Evangélica do Congresso Nacional.** Câmara dos Deputados (site) **Frentes Parlamentares.** 23 mai 2023 Disponível: <https://www.camara.leg.br/internet/deputado/frenteDetalhe.asp?id=54477> Acesso: 05 out 2023

**GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa; PLUYE, Pierre; RICARTE, Ivan Luiz Marques.** Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. **InCID**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 4-24, set. 2017/fev. 2018

**GARCIA, Maria Lucia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti Abreu.** A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**; 20 (2). P.267-276, 2008.

**GOMES, Maria do Socorro Mendes.** **Monitoramento adotado na implementação de programas sociais: o programa “crack, é possível vencer” (2011 - 2014).** 2019 Dissertação. (Mestrado em Gestão Pública) - Universidade de Brasília. Brasília, 2019.

**GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho.** Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev Saúde Pública.** v46(1). p.51-58. 2012 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/dHkQcq4vB6RS7Cn53VLg59B/abstract/?lang=pt>  
Acesso em: 25 jun 2023

GOVERNO Federal cria Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas. **Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)**. 21 jan 2023 Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2023/01/21/governo-federal-cria-departamento-de-apoio-a-comunidades-terapeuticas/> Acesso em: 06 ago 2023

GOVERNO Federal destina R\$10,2 milhões a acolhimento de pessoas em situação de rua com dependência química. **DMD**, Gestão Administrativa. Out, 2; 2020. Disponível em: <https://portaldmd.com.br/governo-federal-destina-r-102-milhoes-a-acolhimento-de-pessoas-em-situacao-de-rua-com-dependencia-quimica/> Acesso em: 07 dez 2021

GULJOR, Ana Paula Freitas. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003

GULJOR, Ana Paula; PINHO, Leonardo Penafiel. Contrarreforma psiquiátrica e as medidas infralegais para ampliar o mercado das CTs. In: GOMES, T M S et al (org). **Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas** [recurso eletrônico]. Niterói: MC&G, 2023. P. 47 – 72

IDPC - INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM. **Sessão especial da assembleia geral das nações unidas (UNGASS) sobre o problema mundial das drogas:** relatório do processo. Setembro de 2016. Disponível em: [http://fileserver.idpc.net/library/UNGASS\\_Proceedings\\_PT.pdf](http://fileserver.idpc.net/library/UNGASS_Proceedings_PT.pdf) Acesso em: 05 jun 2022

INFORMAÇÕES sobre levantamento nacional sobre uso de drogas pela população brasileira. BRASIL. **Gov.com** (site). Ministério da Saúde; Nota à imprensa. 24 jun 2023.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. SANTOS, M. P. G. (Org). 247 p. Rio de Janeiro : IPEA, 2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Nota Técnica, n. 21. Brasília: Ipea, 2017.

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica** (Tradução portuguesa). Petrópolis: Editora Vozes, 1972.

JUSTO, Valdinete de Lemos. **Alcoólicos anônimos: 1976 – 1994**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em História). Núcleo de estudos históricos, arqueológicos e documentos. Rio Grande do Norte. Natal, 1994.

KARAM, Maria Lucia. Internações: Aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In.: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. P. 146-154. Brasília, 2013

KESTLER, Thomas. A legalização da cannabis no Uruguai – uma mudança paradigmática na política de drogas? **Revista debates**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 275-298, jan.-abril 2021 Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/debates/article/view/111342> Acesso em: 20 ago 2022

KINOSHITA, Roberto Tykanori.. Em nome da proteção do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? In.: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. p19-22. Brasília, 2013a.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In.: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. p. 51-58. Brasília, 2013b.

KRAMER, J F; CAMERON, D C (comp). **Manual sobre dependencia de las drogas**. Organização Mundial de Saúde. Genebra, 1975 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40467> Acesso em: 10 mai 2022

LBHM - Liga Brasileira de Hygiene Mental. Conferência de Genebra contra os tóxicos. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, 1(2), 137-139. 1925 Disponível: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental> Acesso: 05 mai 2022

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni et al (Org). **Desinstitucionalização da Saúde Mental**: contribuições para estudos avaliativos. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 1º Ed. Rio de Janeiro, 2007. P.137-153

LEAL, Fabíola Xavier et al. Gastos com internações compulsórias por consumo de drogas no estado do espírito santo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 378-392, abr-jun, 2021.

LEMBRUBER, Julita; NAPOLIÃO, Paula Figueiredo (coord). **Imposição da fé como política pública: as comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro**. CESEC - Centro de Estudos de Segurança e Cidadania, 2022

LEMOS, Tadeu; GENTILE, Edmundo; SERRANO, Alan Índio. Perspectivas de integração com a rede de atenção psicossocial. In.: SOUZA, M L ET AL (Org.). **Comunidades terapêuticas: inovações e perspectivas**. FAPESC. Editora Insular, Florianópolis/SC. 2017. P. 213 – 229

LEVY, Johanna. Coca: da tradição ao narcotráfico. **Le Monde Diplomatique Brasil**. São Paulo, 2009. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/coca-da-tradicao-ao-narcotrafico/> Acesso em: 10 out 2022

LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad Bras Saúde Mental**, vol 1, n°1, jan-abr. 2009 Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68442> Acesso em: 18 jun 2023

LIMA, Rita de Cássia Calvante. Políticas Sociais Públicas e a Centralidade da Família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas In: ALARCON, S., and JORGE, MAS., comps. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo** [online]. Editora FIOCRUZ, P 171-208. Rio de Janeiro, 2012.

LOECK, Jardel Fischer. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. In: SANTOS, M. P. G. S. (Org) **Comunidades terapêuticas:** temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p.77- 100

LOECK, Jardel Fischer. A fiscalização das comunidades terapêuticas pela vigilância sanitária municipal e suas implicações práticas: o caso de um município de grande porte brasileiro. In.: Fiore, M; Rui, T (ed) Working Paper Series **Comunidades Terapêuticas no Brasil.** Social Science Research Council; Drugs, Security and Democracy Program. P. 45-63. junho de 2021.

LOPES, Marcelo de Souza. Comunidade andina de nações: segurança e narcotráfico. **Caderno da Escola Superior de Gestão Pública, Política, Jurídica e Segurança.** Curitiba, vol. 1, n. 2, p. 25-53, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/ESGPPJS/article/view/723> Acesso em: 22 jul 2022

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sergio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde Manguinhos.** v.14, n.3, p.801-821, jul.-set.Rio de Janeiro, 2007 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/fmMpJSxrL6wNT8B3KkcB3Bj/?lang=pt> Acesso em: 5 mai 2022

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In Seibel, S. D. e Toscano Jr. (Orgs.): **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu. 2001. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/antropologia-aspectos-sociais-culturais-e-ritualisticos> acesso em: 2 fev 2022

MAIN, T F. **The hospitalas a therapeutic institution.** The menniger clinic bulletin, vol. 10 n° 3. 1946 Disponível em: <https://thetcj.org/in-residence-articles/from-the-pet-archive-the-hospital-as-a-therapeutic-institution> Acesso em 22 fev 2023

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de Volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**. vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. Curitiba, 2017

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. A construção dos conceitos de uso nocivo ou prejudicial e dependência de álcool: considerações para o campo de atenção e cuidado à saúde. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 10-14, jan./abr. 2010 Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14080> Acesso em: 15 mai 2022

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. UERJ, IMS: ABRASCO, ed. 8. p. 43-68. Rio de Janeiro, 2009.

MEDEIROS, R. Em 1925 a cocaína era vendida livremente nas farmácias de natal e preocupava as autoridades. Tok de HIstória. 23 jan 2021 Disponível em: <https://tokdehistoria.com.br/tag/pastilhas-de-cocaina/> Acesso em: 05 fev 2022

MENEZES, Lená Medeiros de. A presença portuguesa no rio de janeiro segundo os censos de 1872, 1890, 1906 e 1920: dos números às trajetórias de vida. In: SOUZA, F; MARTINS, I L; PEREIRA, C M (coord). **A emigração portuguesa para o Brasil**. Porto: Edições Afrontamento, p. 103-119. 2007. Disponível em: <http://memoria-africa.ua.pt/Catalog.aspx?q=TI%20a%20presenca%20portuguesa%20no%20rio%20de%20janeiro%20segundo%20os%20censos%20de%201872,%201890,%201906%20e%201920> Acesso em: 5 jan 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Indicadores - Tipo de Estabelecimento: Unidade de atenção em regime Residencial. Brasília. S.d. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=78&VListar=1&VEstado=42&VMun=&VSubUni=&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=78&VListar=1&VEstado=42&VMun=&VSubUni=&VComp=) Acesso em: 30 jun 2023

MINISTÉRIO da Saúde amplia em R\$ 414 milhões por ano os recursos para custeio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. **Gov.br.** (site) Ministério da Saúde; Saúde Mental. Brasília/DF, 03 jul 2023. 2023 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/com-foco-em-atendimento-humanizado-e-cuidado-integral-ministerio-da-saude-fortalece-assistencia-para-saude-mental-no-sus> Acesso em: 5 ago 2023

MINISTÉRIO lança mapa virtual de comunidades terapêuticas no Brasil. **Gov.br.** (site) Ministério do desenvolvimento, assistência social, família e combate à fome. Brasília/DF, 19 jul 2019 Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-lanca-mapa-virtual-de-comunidades-terapeuticas-no-brasil> Acesso em: 12 ago 2023

MONTEIRO, Shirley. Carta das Entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica. **Rede Humaniza SUS**. 9 jul 2011. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/11991-carta-das-entidades-de-defesa-da-reforma-psiquiatrica/> Acesso em 15 nov 2021

MONTEMNEGRO, Francisco Valberdan Pinheiro. O dispositivo de drogas nas políticas públicas. **Rev. Polis e Psique**, v. 8 (2). Pag. 263-287. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2238-152X2018000200013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2238-152X2018000200013) Acesso em: 10 out 2021

MONTEMNEGRO, Yuri Fontenelle et al. A mudança discursiva na assistência ao usuário ou dependente de drogas: análise de discurso crítico de uma lei federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(5):1713-1722, 2022 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/v6YPH6mQXqLncbJcTJp5V6n/abstract/?lang=pt> Acesso em: 07 jun 2023

MPF – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria federal dos direitos do cidadão. **Nota Técnica n° 05/2017-PFDI**, de 3 de maio de 2017. Rede de Atenção Psicossocial destinada às pessoas com transtorno mental. 2017

MUSSE, Luciana Barbosa. Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais. In: SANTOS, M. P. G. S. (Org) **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. P. 187-228. Rio de Janeiro: IPEA, 2018

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. In: SANTOS, M. P. G. S. (Org) **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. p.37- 60. Rio de Janeiro: IPEA, 2018

NICODEMOS, Julio César de Oliveira. **Psicanálise, redução de danos e o uso abusivo de drogas: estratégias possíveis diante do impossível**. CRV editora. Curitiba, 208p. 2020

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vládia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10). P.2375-2384, out, 2007

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo, DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, VII, 1, 128-141. 2004

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 12, n. 3, p. 983-1010. Rio de Janeiro, 2005

OLIVEIRA, Marcos Vinicius. População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In.: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. P. 84-96. Brasília, 2013.

OLIVEIRA, Nelson. Pesquisas sobre a Cannabis avançam. Brasil enfrenta entraves legais. Agência Senado. **Agência Senado**, 6 ago 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/08/pesquisa-sobre-a-cannabis-avanca-no-mundo-no-brasil-entraves-legais-prejudicam-a-ciencia> Acesso em: 10 nov 2021

OLIVEIRA, Rosiane Gonçalves de; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Em Busca de uma nova identidade: o grupo de Alcoólicos Anônimos. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 18, n. 3, p.5-21. 2001 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/8SjQ44XrkJwtGVcGMTpGhwD/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 nov 2022

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças Décima Primeira Revisão (CID-11)**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; c2022. Disponível em <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD-11%2C%20was,1st%20January%202022.%20...> Acesso em: 10 jul 2022

PAIVA, Luiz Guilherme Mendes de. Panorama Internacional das Políticas sobre Drogas. **Boletim de Análise Político-Institucional**, v. 1, p. 99-106, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8885> Acesso em: 05 mai 2022

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**; 23 (1). p154-162. 2011 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/zMk4Dq4gQ4XhH4dQgzScQRm/> Acesso em: 05 abr 2022

PASSOS, Rachel Gouveia *et al.* Comunidades terapêuticas e a (re) manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 125-140, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064> Acesso em: 23 mar 2023

PASSOS, Sônia R. L.; CAMACHO, Luiz A. B. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Rev. Saúde Pública**, 32 (1): 64-71, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mVPtFCRYSDcYw3Q5NL8rPv/> Acesso em: 07 nov 2022

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. **Intersetorialidade na política de saúde mental: Uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais**. 2018. Tese. (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2018.

PERFEITO, Nicolas. **A influência das convenções internacionais e do proibicionismo na política de drogas incorporada pela legislação penal brasileira. 2018**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. AB para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):569-580. 2014 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gJzS9QGqKpdgVLBJrLKBHzg/abstract/?lang=pt> Acesso em: 05 mar 2021

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **Comunidades terapêuticas: entre o voluntarismo e a violação de direitos.** Curso de atualização profissional em atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Rio e Janeiro, 2017. p.90-96

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **O pomo da discórdia? Drogas, saúde, poder.** Curitiba: CRV, 2019. 294p.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva *et al.* Política de drogas no Brasil: histórico e avaliação. In.: SURJUS, L T L; DIAS, M K (org). **Políticas e práticas de promoção de equidade: usos de drogas e enfrentamento de desigualdades.** Curitiba: CRV, 2023. P. 13 – 28

PINHO, Leonardo; GULJOR, Ana Paula; OLIVETT, Kiara. Política de drogas no Brasil: elementos para a análise das comunidades terapêuticas como estratégia prioritária na contrarreforma psiquiátrica. In.: SURJUS, L T L; DIAS, M K (org). **Políticas e práticas de promoção de equidade: usos de drogas e enfrentamento de desigualdades.** Curitiba: CRV, 2023. P. 45 – 62

PINHO, Leonardo. **Saúde mental: acordos ou contrarreforma no brasil?** Idep Salud, 2021. Disponível em: <https://idepsalud.org/leonardo-pinho-salud-mental-retrocesos-o-contrarreforma-en-brasil/> Acesso em: 06 dez 2021

PIRES, Roberto Rocha Coelho. Um campo organizacional de comunidades terapêuticas no Brasil? Dos processos de convergência e suas implicações às clivagens emergentes. In: SANTOS, M. P. G. (Org) **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão.** p. 136 – 166. Rio de Janeiro: IPEA, 2018

POLÍTICAS globais de drogas devem colocar as pessoas em primeiro lugar, afirma o chefe do UNODC durante a UNGASS sobre Drogas 2016. **Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).** Nova Iorque, 19 abr 2016. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2016/04/04/politicas-globais-de-drogas-devem-colocar-as-pessoas-em-primeiro-lugar.html> Acesso em : 20 jul 2022

PORUTGAL. Ministério Público. **Decreto nº10 de 31 de janeiro de 1979.** Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971. 1979 Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/instrumento/protocolo-emendando-convencao-unica-sobre-estupefacentes-de-1961-0> Acesso em: 30 set 2022

PRUDÊNCIO, Juliana Desidério Lobo; SILVEIRA, Luana sa. Comunidades terapêuticas e a remanicomialização da reforma psiquiátrica In: GOMES, T M S et al (org). **Política de drogas, saúde mental e comunidades terapêuticas** [recurso eletrônico]. MC&Gp. 25-46. Niterói, 2023.

QUIRINO, Flávia. Novas denúncias de violências escancaram irregularidades nas comunidades terapêuticas do DF. **Brasil de Fato**, Coluna, Grupo saúde mental & militância no DF, 27 jul 2023. Disponível em: <https://www.brasildefatodf.com.br/2023/07/27/novas-denuncias-de-violencias-escancaram-irregularidades-nas-comunidades-terapeuticas-do-df> Acesso em: 21 out 2023

RAMÔA, Marise de Leão. 2005. **A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto caps ad.** TESE. (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro, 2005.

RAMÔA, Marise de Leão; TEIXEIRA, Mirna Barros; BELMONTE, Pilar. As comunidades terapêuticas no cenário das políticas públicas: o retorno a práticas institucionalizantes. **Platô: Drogas e política**, São Paulo. v. 3, n. 3, p.34-65. jul. 2019

RAMOS, Renata Cristina Marques Bolonheis. **Comunidades Terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas.** 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 131p. 2012.

REIS, Edna Afonso; Ilka Afonso. **Análise descritiva de dados.** Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG. 2002 Disponível em: [www.est.ufmg.br](http://www.est.ufmg.br) Acesso em: 15 ago 2021

REIS, Tatiana Rangel. Empoderamento e grupo de mútua ajuda. In: ALARCON, S., and JORGE, M A S., comps. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo** [online]. Editora FIOCRUZ, p.191 - 208. Rio de Janeiro, 2012.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. IN: TUNDIS, A T; COSTA, N R (org). **Cidadania e Loucura: Política de saúde mental no Brasil.** Editora Vozes. 6º ed, p. 15-73. Petrópolis, 2000

RESENDE, Noelle Coelho. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In.: Fiore, M; Rui, T (ed) **Working Paper Series Comunidades Terapêuticas no Brasil.** Social Science Research Council; Drugs, Security and Democracy Program. p. 8-28. jun 2021.

RIBEIRO, Jose L. Pais. Revisão de investigação e evidência científica. **Psicologia Saúde & Doenças.** Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. vol. 15, nº3. P. 672 – 683. Lisboa/Portugal. 2014

RODRIGUES, Joelson Tavares; ALMEIDA, Leonardo Pinto. Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 113-120, jan./jun. 2002 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/9jd3xNh5sjwbLq95kpzm5FQ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 nov 2022

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade.** 2006. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

RODRIGUES, Boiteux de Figueiredo *et al* (Org) Tráfico de drogas e constituição. **Série pensando o direito.** n°1/2009. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Universidade de Brasília. Brasília/ Rio de Janeiro, 2009.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? **Psicologia: ciência e profissão**, 32 (1). 2012. Pag. 82-97  
Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/V4Kb6YBPjFGRmWDsSXz3nnh/?lang=pt> Acesso em: 12 dez 2021

ROSA, Cristina. Deflagrada operação em comunidades terapêuticas de cristalina após denúncias de maus-tratos. **Ministério Público do Estado de Goiás**, Saúde - CAO, 1º ago 2019. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/noticia/deflagrada-operacao-em-comunidades-terapeuticas-de-cristalina-apos-denuncias-de-maus-tratos--2> Acesso em: 21 out 2023

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem.** V.20 n°2. Junho, 2007. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt> Acesso em: 12 ago 2022

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JUNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, 37(3). 2021 Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMNc4W9B4JsBvFZJ/> Acesso em: 04 out 2021

SAMPIERI, Roberto Hernández; CALLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maria del Pilar Baptista. **Metodología de Pesquisa.** 5º ed. *Dados eletrônicos*. Porto Alegre: Penso, 2013. 624p.

SANTIAGO, Jesus. **A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência.** Jorge Zahar editor. Rio de Janeiro, 2001

SANTO, Wanda Espírito; ARAÚJO, Inesita. No reclame da liberdade: as lutas antimanicomiais dos anos 1990 pelos seus cartazes de divulgação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** v. 29(2). Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/physis/a/QcFJpKsdBSTVbXJsfKxNxVL/> Acesso em:07 mar 2023

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, M. P. G. (Org) **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão.** p.17-35. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos; PIRES, Roberto Rocha Coelho. **Antagonismo cooperativo na provisão de cuidado a usuários de drogas no distrito federal:**

**conflictos e parcerias entre Caps Ad e CT**, Texto para discussão. IPEA. Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10289> Acesso em: 25 mar 2021

SCHIMITH, Polyana Barbosa; MURTA, Geraldo Alberto Viana; QUEIROZ, Sávio Silveira. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. **Psicologia USP**. V. 30, 2019

SCHLÜTER, Egon. A representação nacional das comunidades terapêuticas. In.: SOUZA, M L ET AL (Org.). **Comunidades terapêuticas: inovações e perspectivas**. FAPESC. Editora Insular. P. 287-290. Florianópolis/SC. 2017.

SENAFRED – Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. Política de Redução da Demanda por Drogas. **Gov.br** (site). Ministério da Cidadania. Abr 2021 Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/TCU/Informes%20da%20Gest%C3%A3o-2021/SENAFRED\\_PCA.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/TCU/Informes%20da%20Gest%C3%A3o-2021/SENAFRED_PCA.pdf) Acesso em: 15 dez 2022

SERRANO, Alan Índio; SOUZA, Maria de Lourdes de; LEMOS, Tadeu. Modelos de funcionamento, fontes históricas e padrões de qualidade para comunidades terapêuticas. In.: SOUZA, M L ET AL (Org.). **Comunidades terapêuticas: inovações e perspectivas**. FAPESC. Editora Insular, P.60-88. Florianópolis/SC. 2017.

SILVA, Iuri Fernando Coutinho *et al.* Serviços de saúde e comunidades terapêuticas: há uma relação em prol do dependente químico? **Saúde e Pesquisa**; Maringá/PR. P. 533 - 540. 2015 Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831981> Acesso em: 01 ou 2021

SILVA, Rosimere. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In.: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. P. 58-69. Brasília, 2013.

SKROMOV, Daniela. Internações: Aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In.: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. P. 157-168. Brasília, 2013

SOBRAL, Glebson Ssantos *et al.* Novas Histórias: as Trajetórias do Movimento Alcoólicos Anônimos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 15075-1509. Curitiba, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/18689> Acesso em: 18 nov 2022

SOCIEDADE civil elege dez representantes para compor o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Gov.br** (site) Ministério da Justiça e Segurança Pública. Brasília 06 jun de 2023 . Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/sociedade-civil-elege-dez-representantes-para-compor-o-conselho-nacional-de-politicas-sobre-drogas#:~:text=Not%C3%ADcias-,Sociedade%20civil%20elege%20dez%20representantes%20para%20compor,Nacional%20de%20Pol%C3%ADticas%20sobre%20Drogas&text=Bras%C3%ADlia%20E2>

%80%93%2006%2F06%2F2023,)%20no%20bi%C3%AAnio%202023%2D2025.  
Acesso em 20 ago 2023

SOUZA, Letícia Canônico; NUNES, Matheus Caracho.; SANTOS, Maria Paula Gomes. Tempo e subjetivação em comunidades terapêuticas. In: SANTOS, M. P. G. S. (Org) **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão.** p.61-76. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SOUZA, Maria de Lourdes. Instalação e funcionamento das Comunidades Terapêuticas. In.: SOUZA, M L ET AL (Org.). **Comunidades terapêuticas: inovações e perspectivas.** FAPESC. Editora Insular. P. 96-106. Florianópolis/SC. 2017.

TCU - TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório sobre prestação de contas ordinária da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas relativas ao exercício de 2016.** 2017. Disponível em: [www.tcu.gov.br/autenticidade](http://www.tcu.gov.br/autenticidade), informando o código 63557672 Acesso em: 05 ago 2023

TCU - TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de auditoria operacional.** Serviços assistenciais do ministério da cidadania. Programa criança feliz - pcf. Programa alimenta brasil - pab; programa rede de suporte social ao dependente químico - pdq. Recomendações a diversos órgãos. 2022 Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/SENAPRED/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/1> Acesso em: 05 ago 2023

TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Tensões Paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2.000 a 2.016. **Ciência & Saúde Coletiva.** 22(5). p. 1455-1466. 2017. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/QjdFzJrX8NYKbGhYp95WfKb/abstract/?lang=pt> Acesso em: 20 mar 2021

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Políticas públicas sobre drogas: abordagem às pessoas em uso prejudicial de crack em uma perspectiva intersetorial.** 2018. TESE (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2018.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde.,** vol. 9(1). P.25-59. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 27 ago 2022

TENÓRIO, Fernando. Breve histórico da reforma brasileira. In: TENÓRIO, Fernando. **A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica.** 1º Ed. p. 19-49. Rio de Janeiro, 2001.

TEODORESCU, Lindinalva Laurindo; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Histórias da aids no Brasil 1983 – 2003. Volume I: **As respostas governamentais à epidemia de aids.**

**Brasília Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.** 464p. 2015

THEGREENHUB. **Cannabis medicinal no mundo:quatro países promissores.** 22 jul 2021 Disponível em: <https://thegreenhub.com.br/cannabis-medicinal-no-mundo-quatro-paises-promissores/#:~:text=Atualmente%20o%20uso%20est%C3%A1%20totalmente,u%20medicinal%20e%2Fou%20industrial> Acesso em: 10 out 2022

UFF desenvolve projeto para mapear as Comunidades Terapêuticas (CT) no Norte Fluminense do RJ. **Universidade Federal Fluminense (UFF).** 15 mai 2023. Disponível em: <https://www.uff.br/?q=noticias/15-05-2023/uff-desenvolve-projeto-para-mapear-comunidades-terapeuticas-ct-no-norte> Acesso em: 10 set 2023

UNODC - Escritório das nações unidas sobre drogas e crime. **Estratégia do UNODC 2021-2025.** c2022 Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/lpobrazil//folheto\\_estrategia\\_UNODC\\_PT\\_Br\\_WE\\_B.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpobrazil//folheto_estrategia_UNODC_PT_Br_WE_B.pdf) Acesso em: 18 jun 2022

UNODC mostra tendências divergentes do cultivo de coca nos países andinos. **Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).** 22 de jun de 2010. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2010/06/22-unodc-mostra-tendencias-divergentes-do-cultivo-de-coca-nos-paises-andinos.html> Acesso em: 28 set 2022.

VAISSLER, Magda; RAMÔA, Marise de Leão; SERRA, Artemis Soares Viot. Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. **Saúde em debate**, v32, n78/79/80, p. 121-132. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.sumarios.org/artigo/panorama-do-tratamento-dos-usu%C3%A1rios-de-drogas-no-rio-de-janeiro> Acesso em: 15 nov 2022

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. C. et al (org). **Drogas e cultura: novas perspectivas.** Salvador: EDUFBA, 2008. Pag. 41-63

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(3):1041-1050, 2019 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7fjsQbtcMYvnBmPXLznnMN/?lang=pt> Acesso em: 2 mai 2022

VASCONCELOS, Ana Lucia Potes *et al.* Historiando sobre o Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana. In: LINS, J; PIMENTEL, P; UCHÔA, R (org). **Sobre drogas e redução de danos:** o cotidiano dos profissionais no programa mais vida do Recife. P.48-59. Recife, 2010.

VASCONCELOS, Júlia. Tentativa de criminalização da Redução de Danos no Carnaval de Olinda gera mobilização nacional. **Brasil de Fato.** Petrolina/PE. 1º mar 2023 Disponível em: <https://www.brasildefatope.com.br/2023/03/01/tentativa-de->

[criminalizacao-da-reducao-de-danos-no-carnaval-de-olinda-gera-mobilizacao-nacional](#)  
Acesso em: 4 ago 2023

VIGILÂNCIA Sanitária interdita comunidade terapêutica suspeita de manter internos em cárcere privado. **Globo.com**, G1 Sorocaba e Jundiaí, 09 set 2020 Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2020/09/09/vigilancia-interdita-comunidade-terapeutica-suspeita-de-manter-internos-em-carcere-privado.ghtml> Acesso em: 21 out 2023

VILLAR, Nayara Lemos; SANTOS, Maria Paula Gomes. Sexualidade e relações de gênero nas comunidades. In: SANTOS, M. P. G. S. (Org) **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. p. 101-120. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

WEBER, Renata. O Financiamento público de comunidades terapêuticas: gastos federais entre 2010 e 2019. In.: Fiore, M; Rui, T (ed) Working Paper Series **Comunidades Terapêuticas no Brasil**. Social Science Research Council; Drugs, Security and Democracy Program. p. 29-44. junho de 2021.

Wermuth, Maiquel Ângelo Dezordi; Menezes, Luíza Hrynzsyn. A internação compulsória de usuários de drogas e o devido processo legal: notas sobre um paradoxo. **Revista Húmus**. vol. 11, num. 31, 2021 P.185-217. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/14920>  
Acesso em: 05 mai 2023

WESTIN, Ricardo. Seminário internacional discutirá legalização da maconha no Brasil. Cotidiano, **Folha de São Paulo**. São Paulo, 04 mar 2004. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0403200411.htm> Acesso em: 05 dez 2022

WILKINSON, Philip. **O livro da mitologia**. (tradução Bruno Alexander) – 1º ed - São Paulo: Globo Livros, 2018. 352p.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Loucura & Civilização collection. 190 p. 2010.

ZIMBERG, Norman E. **Drug, Set, and Setting: the basis for controlled intoxicant use**. Yale University Press, 1984.